

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية
الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية
«برنامج رعاية المسنين»



الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية

إعداد
الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية

إشراف
الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية

الطبعة الثانية - الرياض
١٤٣٥هـ/٢٠١٤م


وزارة الصحة
Ministry of Health

الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية

ⓒ وزارة الصحة ، الإدارة العامة للمراكز الصحية ، ١٤٣٥ هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية
الدليل الارشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية / الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الحية-ط٢
الرياض ١٤٣٥ هـ
٢٤٦ص ؛ ..سم
ردمك : ١-٨٣-٨١٤٤-٦٠٣-٩٧٨
١ - المسنون - رعاية - السعودية
٢ - مراكز الرعاية الصحية - السعودية أ.العنوان
ديوي: ٣٦٢,٦٠٤٢ / ١٤٣٥   ١٤٣٥/٢٧٣٠

رقم الايداع : ٢٧٣٠ / ١٤٣٥
ردمك : ١-٨٣-٨١٤٤-٦٠٣-٩٧٨

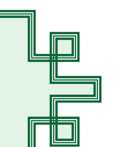



وزارة الصحة
Ministry of Health









أسماء المشاركين في تأليف وترجمة الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية

م	الإسم	جهة العمل
١	د/ ميسون محمد العامود	منسقة برنامج رعاية المسنين في الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة وعضو اللجنة الوطنية لصحة المسنين وعضو فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
٢	د/عصام عبدالله الغامدي	مدير عام الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة وعضو اللجنة الوطنية لصحة المسنين ورئيس فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
٣	د/ خالد علي الطلحي	مساعد مدير عام الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة ونائب رئيس فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
٤	أ.د/ سليمان عبدالله الشمري	أستاذ بكلية الطب في جامعة الملك سعود ورئيس اللجنة الوطنية لصحة المسنين
٥	د/ وليد عبدالله المالك	أستاذ مساعد في جامعة الملك سعود للعلوم الصحية وعضو اللجنة الوطنية لصحة المسنين
٦	د/ طلعت حمزة وزنه	مدير الخدمات الصحية بوزارة الشؤون الاجتماعية وعضو اللجنة الوطنية لصحة المسنين
٧	د/عيسى يزيد غزواني	مشرف فني في إدارة الصحة العامة ـ مديرية الشؤون الصحية في منطقة عسير وعضو فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
٨	د/ هند عبدالعزيز العماري	منسقة برنامج رعاية المسنين في إدارة الصحة العامة ـ مديرية الشؤون الصحية في منطقة المدينة المنورة وعضو فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
٩	د/ علي أحمد الردايدة	مشرف فني في إدارة الصحة العامة ـ مديرية الشؤون الصحية في منطقة الجوف وعضو فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
١٠	د/ مزنة أمين أحمد	مشرف فني في إدارة الصحة العامة ـ مديرية الشؤون الصحية في المنطقة الشرقية وعضو فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
١١	د/ طلعت ابراهيم عيد	منسق برنامج رعاية المسنين في إدارة الصحة العامة ـ مديرية الشؤون الصحية في محافظة بيشة وعضو فريق العمل المركزي لبرنامج رعاية المسنين
١٢	د/ فتحية عبدالرحمن فلاته	منسقة برنامج رعاية المسنين في إدارة الصحة العامة ـ مديرية الشؤون الصحية في محافظة جدة
١٣	أ/ سوسن محمد خان	مشرفة تمريض الصحة العامة في الإدارة العامة لشؤون التمريض ـ وزارة الصحة

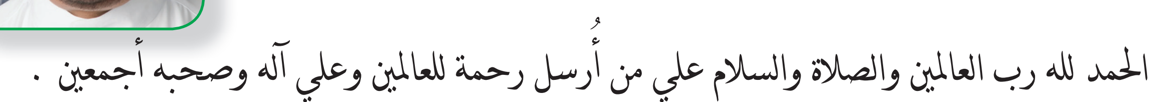



وزارة الصحة
Ministry of Health





كلمة معالي وزير الصحة



الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام علي من أُرسل رحمة للعالمين وعلي آله وصحبه أجمعين .

تشهد المملكة العربية السعودية بفضل من الله سبحانه وتعالى ثم بالدعم الكبير والمتواصل من ولاة الأمر حفظهم الله نهضة وتطور في شتي المجالات ومنها الرعاية الصحية حيث توفر وزارة الصحة الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة ضمن إطار خطتها الإستراتيجية تحت شعار (المريض أولاً).

يشهد سكان العالم تحولاً ديموغرافياً تاريخياً ونمواً سريعاً لشريحة السكان المسنين وهو نصر وبنفس الوقت تحدي للنظم الصحية والإجتماعية والإقتصادية لمواجهة أعباء تشيخ السكان.

وفي مملكتنا الحبيبة ولله الحمد أثمرت الجهود الدؤبة لوزارة الصحة منذ نشأتها في عام(١٣٧٠هـ /١٩٥٠م) وحتى وقتنا الحاضر بتطوير الخدمات الصحية وإضفاء نقلة نوعية عليها بشتى مستويات الخدمات الصحية وانعكس تحسن الوضع الصحي على المؤشرات الصحية بانخفاض معدلات المراضة والوفيات وارتفاع متوسط عمر الانسان المتوقع عند الولادة إلى (٧٤سنة) لذا زادت شريحة السكان كبار السن مما استدعى الاستعداد لمقابلة احتياجاتهم الصحية. وتلبية للنداءت العالمية والإقليمية لوضع الخطط لرعاية هذه الفئة العمرية العزيزة على قلوبنا وامتثالاً لقيم ديننا الحنيف حيث أوصانا الله بكبار السن خيرا في كتابه العزيز بقوله (وبالوالدين إحسانا) ووفاءاً لهم نظير ما قدموه لمجتمعهم ودعماً للمجتمع الذي يتولى مسؤولية رعاية كبار السن وضمن إطار أهتمام وزارة الصحة الدائم بتوفير الخدمات الصحية لكل فئات المجتمع فقد تبنت وزارة الصحة ممثله بوكالة الوزارة للصحة العامة إعداد إستراتيجية وطنية لصحة المسنين لتوفير الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة لهم في مراكز الرعاية الصحية الأولية بتعاون مشترك وبناء مع الجهات الأخرى ذات العلاقة بصحة المسنين.

وقد أعدت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية هذا الدليل الإرشادي للعاملين الصحيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية ليكون لهم نبراساً يستنيرون به عند تقديم الخدمات الشاملة والمتكاملة للمسنين.

وأود هنا أن أشكر جهود كل من ساهم في هذا الإنجاز القيم مقدراً لهم ذلك الجهد المتميز آملاً أن ينعكس تطبيقه على صحة ورفاهية المسنين في هذا الوطن المعطاء.

وختاما أتمنى للجميع وافر الصحة والعافية في ظل قيادتنا الرشيدة وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

وزير الصحة

د . عبدالله بن عبدالعزيز الربيعة




وزارة الصحة
Ministry of Health





كلمـة وكيل الوزارة للصحة العامة



الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام علي من أُرسل رحمة للعالمين وعلي آله وصحبه أجمعين .

تحرص حكومة المملكة العربية السعودية أيدها الله على تلبية احتياجات المواطنين لتحقيق أعلى المستويات المعيشية والصحية لكافة الفئات العمرية متضمنة فئة المسنين.

ووفاء لفئة المسنين وما قدموه من خدمات للمجتمع وامتثالاً لتعاليم ديننا الحنيف بإكرامهم، قال رسول الله صلي الله عليه وسلم {ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا} وتمشياً مع ما تحظى به صحة المسنين من اهتمامات عالمية ومحلية نظرا للزيادة المضطردة في العمر المتوقع للسكان في دول العالم المتقدم ومنها بلدنا المعطاء فأن وزارة الصحة تدعم الخدمات الصحية المقدمة للمسنين التي تلبي احتياجاتهم الصحية من خلال تطبيق برنامج رعاية المسنين المبني على الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين والتي اعتمدها معالي وزير الصحة حفظه الله.

والهدف العام للبرنامج هو تحسين نوعية حياة المسنين عن طريق تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة وعالية الجودة متضمنة الخدمات العلاجية والوقائية والتأهيلية لهذه الفئة الهامة من فئات المجتمع. أما الأهداف الخاصة للبرنامج فتشمل الاكتشاف المبكر للمشاكل الصحية البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية الشائعة بين كبار السن وخفض معدلات المراضة والوفيات لهذه المشاكل الصحية وتخفيف عبء مضاعفاتها على المسنين أنفسهم وعلى المجتمع والقطاع الصحي، كما يهدف البرنامج أيضا إلى تعزيز كل من التشيخ النشط الصحي والنظرة الإيجابية للشيخوخة وإلى تشجيع دور كبار السن المنتج في المجتمع وتبني مفهوم المراكز الصحية **المراعية للسن.**

وقد هيئت الوزارة مراكز الرعاية الصحية الأولية بكل ما يلزم لتقديم الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين بالتعاون مع المنشات الصحية الأخرى الحكومية وغير الحكومية المهتمة وذات العلاقة بصحة المسنين. ومن ضمن تجهيزات المراكز الصحية لتطبيق البرنامج هذا الدليل الإرشادي ليكون مرجعاً لتطبيق البرنامج في المراكز الصحية في كافة المناطق والمحافظات الصحية.

وفي الختام أسأل المولى عز وجل أن يوفقنا جميعاً لما يحبه ويرضاه وأن يجعل عملنا كله خالصاً لوجهه الكريم.

وكيل الوزارة للصحة العامة

د . زياد بن أحمد ميمش





كلمة الوكيل المساعد



الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام علي من أُرسل رحمة للعالمين وعلي آله وصحبه أجمعين .

إن حكومتنا الرشيدة أيدها الله تحرص كل الحرص علي تلبية احتياجات المواطنين ورفاهيتهم وتطوير النظام الطبي بما يتناسب مع احتياجاتهم. وقد تم بحمد الله تخطيط وتنفيذ سلسلة من البرامج الصحية الجديدة والمنتقاة بعناية في منظومة الرعاية الصحية الاولية لتطوير العمل من خلال معايير الجودة وتقديم الخدمات المتكاملة التي ننشدها دائماً وبتطبيق أعلى معايير الجودة لتحقيق تطلعات ولاة الأمر حفظهم الله ولتلبي احتياجات ورضا المواطن الكريم ولقد كان للدعم والتوجيهات المستمرة لمعالي وزير الصحة د/ عبدالله الربيعة حفظه الله النبراس الذي أضاء لنا الخطى للنهوض ببرامج الرعاية الصحية الأولية .

وعلى ضوء الإهتمام الواضح بظاهرة تنامي أعداد المسنين وضرورة توفير الخدمات الصحية اللازمة لهم وتمشياً مع التوجه العالمي لوضع خطط الرعاية الصحية للمسنين ومع توجيهات معالي وزير الصحة حفظه الله فقد أعدت الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية برنامج رعاية المسنين المبني على البراهين بهدف توفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة لهم وتحسين نوعية حياتهم وتعزيز التشيخ النشط ليتمتعوا بالرفاه الصحي والإستقلالية في نشاطاتهم اليومية والنظرة الإيجابية للشيخوخة وإنشاء قاعدة معلومات لتصبح مراكز الرعاية الصحية الأولية حجر الزاوية في تقديم الخدمات الصحية لهم. وقد أعدت الإدارة العامة للمراكز الصحية مستلزمات تطبيق البرنامج ومن ضمنها هذا الدليل ليكون مرجعاً للعاملين في المراكز الصحية ومرشداً لهم لتقديم أفضل الخدمات الصحية لكبار السن.

وفي الختام اشكر سعادة مدير عام الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية د/عصام الغامدي ومنسقة برنامج رعاية المسنين بالإدارة د/ ميسون العامود وكل من ساهم في توصيل هذا البرنامج الهام إلى ارض الواقع. اسأل الله أن يوفق الجميع ويبارك في جهودهم وان يمن بالعافية على كبار السن في المملكة في ظل الرعاية الكريمة لحكومتنا الرشيدة.

وكيل الوزارة المساعد للرعاية الصحية الأولية

د / محمد بن عمر باسليمان


وزارة الصحة
Ministry of Health








كلمة المدير العام

الحمد لله وحده والصلاة والسلام على من لا نبي بعده إمام المرسلين واشرف الخلق أجمعين.

تولي حكومتنا الرشيدة بفضل توجيهات ولاة الأمر حفظهم الله جل اهتمامها ورعايتها لتنمية وتطوير الخدمات الصحية .

لقد رصدت مؤشرات الإحصائيات السكانية لمنظمة الصحة العالمية تصاعداً في نسبة المسنين عالمياً وإقليميا ومحلياً. وبفضل الله تعالى ثم بتقدم الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة فقد انخفض معدل الوفيات وزادت نسبة كبار السن لتصل أكثر من(٤,٨٪)من سكان مملكتنا الغالية.

وفي إطار إهتمام وزارة الصحة وجهودها المتواصلة لتقديم أرقى مستويات الخدمات الصحية الشاملة لكافة الفئات العمرية وإضفاء نقله نوعيه على هذه الخدمات لتطويرها تعمل الوزارة على توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية الأولية وتلبية كافة احتياجات المسنين الصحية المتزايدة. وقد وجه معالي وزير الصحة د/عبدالله الربيعة حفظه الله بتفعيل برنامج رعاية المسنين القائم في الرعاية الصحية الأولية وبادرت الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية بتنفيذ توجيهات معاليه وأعدت إستراتيجية وطنية لرعاية صحة المسنين لخمس سنوات (٢٠١٠-٢٠١٥م) التي حظيت بموافقة معاليه بتاريخ ١٤٣١/٢/١هـ الموافق ٢٠١٠/١/١٦م و بادرت الإدارة العامة للمراكز الصحية منذ ذلك الحين بإعداد برنامج رعاية المسنين ليواكب إستراتيجية وزارة الصحة بتقديم الرعاية الشاملة والمتكاملة و هدفها خدمة المسنين ورضاهم أولاً. وقد تم تحديد هذه الخدمات ليقدمها فريق صحي مؤهل ومتعدد التخصصات وتقابل احتياجات المسنين الصحية والنفسية والإجتماعية في بلدنا المعطاء بإتباع نهج علمي منظم مبني على البراهين وباستخدام أدوات ومعايير قياسية موصى بها من قبل الجهات العلمية المختصة والمهتمة بصحة المسنين.

وقد تم إعداد ما يلزم من أدلة العمل وسجلات وملفات للفحص الشامل و السنوي والمتابعة الدورية بالإضافة إلى معايير متابعة جودة الأداء لتطبيق البرنامج. وتم إعداد هذا الدليل الذي يلقي الضوء على رعاية المسنين مما يجعله دليلاً إرشادياً للعاملين الصحيين مقدمي الخدمات الصحية للمسنين بالمراكز الصحية وفي المنشئات الصحية الأخرى.

وفقنا الله جميعاً لكل ما فيه خير هذا الوطن الكريم المعطاء.

مدير عام الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية

د / عصام بن عبدالله الغامدي


وزارة الصحة
Ministry of Health


تقديم

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله وآله وصحبه ،،،
لقد شهدت الطبعة الأولى من «الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية» استقبالاً طيباً من قبل المسئولين والعاملين الصحيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
لقد تم عرض الدليل والإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠-٢٠١٥م) ضمن حزمة مستلزمات تطبيق برنامج رعاية المسنين التي اعدتها الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية على مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط (EMRO) لتوثيق جهود المملكة العربية السعودية في مجال رعاية صحة المسنين وقد لاقى كل من الإستراتيجية والدليل استحسان المكتب الإقليمي للمنظمة الذي أثنى على جهود المملكة العربية السعودية في مجال صحة المسنين ووجد أن هذا الدليل مرجعاً متميزاً للعاملين في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمسنين في المملكة، كما سجل رأيه بأن «الدليل يعتبر إنجازاً علمياً رصيناً يغني المراجع المتخصصة النادرة في هذا المجال بحيث يمكن الاستفادة منه سواء في دول مجلس التعاون أم في دول الإقليم الناطقة بالعربية»، وقد قامت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بتحديث هذا الدليل واصدار الطبعة الثانية منه التي بين يديكم حيث قامت بمراجعة الطبعة الأولى للدليل وتحديثها بعد ان تم الأخذ بعين الاعتبار مرئيات العاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية ومرئيات أعضاء الفريق المركزي لبرنامج رعاية صحة المسنين وملاحظات مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط (EMRO) على الدليل.
كما تم مراجعة وتحديث فصول ومراجع الدليل وملفات وسجلات ونماذج برنامج رعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية. وتم إضافة رقم ورمز كودي لملفات وسجلات رعاية صحة المسنين وذلك تمشياً مع نظام ترميز ملفات وسجلات الرعاية الصحية الاولية الذي اعدته الادارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية. كما تم تحديث ملف الفحص الشامل وملف الفحص الدوري السنوي للمسنين المضمنة في هذا الدليل وتم تنفيذ ملاحظات مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط (EMRO) بترجمة الجزء الثاني للملف والخاص بالطبيب للغة العربية وبذلك أصبح كامل الملف مكتوب باللغتين العربية والإنجليزية وإضافة إلى ذلك فقد ارتأت اللجنة الوطنية لصحة المسنين عدم استخدام فحص الحالة العقلية المختصر(MMSE) واستخدام فحص الإدراك المختصر(Mini-cog test) لفرز اضطراب الذاكرة لدى المسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية حيث ان المملكة العربية السعودية قد حصلت على تصريح استخدام (Mini-cog test) في المنشأة الصحية لوزارة الصحة.
وفي الختام أتمنى ان تلاقي الطبعة الثانية لهذا الدليل الإقبال الذي لاقته الطبعة الأولى منه ونرحب بملاحظاتكم لمزيد من التعديل.

منسقة برنامج رعاية صحة المسنين بالإدارة العامة
لشؤون المراكز والبرامج الصحية

د / ميسون بنت محمد العامود




وزارة الصحة
Ministry of Health




شكـــــر وتقــديـــر

تتقدم الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية
بالشكـــر والتقـديـــر إلى
معـالـي وزيـــر الصحــة
د / عبد اللّه بن عبد العزيز الربيعة

معالي نائب الوزير للشؤون الصحية
د / منصور بن ناصر الحواسي

و معالي نائب الوزير للتخطيط والتطوير
د / محمد بن حمزة خشيم

وسعادة وكيل الوزارة للصحة العامة
د / زياد بن أحمد ميمش

و سعادة وكيل الوزارة المساعد للرعاية الصحية الأولية
د / محمد بن عمر باسليمان

لدعمهم برنامج رعاية صحةالمسنين فى مراكز الرعاية الصحية الاولية

و **د / فهـد خليــفه الوهــابي**
رئيس قسم الصحة العقلية فى مدينة الملك فهد الطبية بوزارة الصحة
وعضو مجلس إدارة الجمعية السعودية الخيرية لمرض ألزهايمر

وكل من ساهم فى إعــداد هذا الدليل





فهرس محتويات الدليل


وزارة الصحة
Ministry of Health







فهرس الجداول

فهرس الرسوم البيانية


وزارة الصحة
Ministry of Health




وزارة الصحة
Ministry of Health









الفصل الأول
النموذج السعودي لرعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة

Saudi Model for Elderly Health Care in Primary Health Care - MOH

تعريف المسن :

تعتبر منظمة الصحة العالمية أن الشيخوخة تبدأ عند عمر«٦٠ سنة»[١،٢]. وتُقسم مرحلة الشيخوخة إلى ثلاثة مراحل وفئات عمرية كما سيوضح في الفصل الرابع.

النموذج السعودي لرعاية صحة المسنين فى الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة :
Saudi Model for Elderly Health Care in Primary Health Care - MOH

إن النموذج السعودي لرعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة يتمثل في برنامج رعاية صحة المسنين المدرج ضمن برامج الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة والمبني على الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠-٢٠١٥م)[١٣].

تعريف برنامج رعاية صحة المسنين :

يُعنى برنامج رعاية صحة المسنين بتقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة (وقائية وعلاجية وتأهيلية) ومستمرة وميسرة وذات جودة عالية للمسنين بواسطة فريق طبي مُدرب متعدد المهام وبتعاون مشترك وفعال بين القطاع الحكومي والغيرحكومي من القطاعات الصحية وذات العلاقة والمهتمة بصحة المسنين.

لقد تم تأسيس البرنامج الوطني لرعاية صحة المسنين بعد دراسة ومراجعة عميقة للعديد من المراجع والمصادر والمنشورات العلمية والخبرات المحلية والإقليمية والعالمية المهتمة والمختصة بصحة المسنين[١-٦٠]. وقد مر تأسيس وتنفيذ البرنامج بعدة مراحل ارتكزت على العديد من المرتكزات سيتم ذكرها بالتفصيل لاحقاً في هذا الفصل، وكذلك تم إعداد البرتوكول الوطني لبرنامج رعاية صحة المسنين المبني على توصيات العديد من المصادر المحلية والعالمية المهتمة والمختصة بصحة المسنين[١-٤١،٥٥-٦٠].

وقد تم نشر مراحل تأسيس البرنامج وانجازات المرحلة الأولى لتطبيق البرنامج في التقرير الأول للبرنامج في عام ١٤٣٣هـ/٢٠١٢م[٦١].

الرؤية :

تمتع كبار السن بالصحة والعافية والنشاط لأطول مدة ممكنة.

الرسالة :

حماية وتحسين صحة المسنين وتقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة وعلاجية وقائية وتأهيلية عالية الجودة ومستمرة ومحدثة ومتطورة.

الهدف العام للبرنامج :

المحافظة على صحة المسنين وتحسين نوعية حياتهم عن طريق تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة ومستمرة وميسرة وذات جودة عالية بمراكز الرعاية الصحية الأولية بالتعاون مع





الجهات الحكومية والغير حكومية ذات العلاقة والمهتمة بصحة المسنين.

الأهداف الخاصة للبـرنامج :

١. الاكتشاف المبكر وتدبر المشاكل الصحية الجسدية والعقلية والنفسية والمشاكل الاجتماعية الشائعة بين المسنين.
٢. خفض معدلات المراضة والإعاقة والوفيات للمشاكل الصحية الشائعة بين المسنين.
٣. تعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط وتحسين نوعية حياتهم وجعلها ممتعه قدرالإمكان.
٤. تطبيق مفهوم «الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن».
٥. نشر الوعي والثقافة فى المجتمع حول أهمية رعاية صحة المسنين.
٦. تعزيز توفير الحياة الاجتماعية الكريمة للمسنين والمحافظة على دورهم الايجابي والمنتج فى الأسرة والمجتمع.
٧. تقديم الرعاية المشتركة بين المراكز الصحية والجهات الأخرى ذات العلاقة بصحة المسنين (المستشفيات والطب المنزلي والطب التلطفي والشؤون الاجتماعية ومراكز التأهيل ...الخ) للمسنين المحالين من المراكز الصحية إلى تلك الجهات.

مبررات البـرنامج :

١. إتباع تعاليم ديننا الحنيف قال تعالى فى كتابه العزيز :(وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا. وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيراً- الإسراء:٢٣/٢٤).
كما أوصانا رسول الله صلى الله عليه وسلم خيراً بكبار السن فقال «ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا» وكنوع من رد الجميل لهذه الفئة العمرية العزيزة على الجميع ألا وهي فئة الأباء والأمهات والأجداد والجدات وتعبيراً عن الإمتنان لهم على ما قدموه للمجتمع.
٢. إتساع مفهوم الرعاية الصحية الأولية وذلك منذ ظهوره في عام ١٣٩٨هـ/١٩٧٧م ليشمل تقديم الرعاية الصحية الأولية لجميع الفئات العمرية حيث تشهد المملكة تطوراً صحياً ونقلة نوعية رائعة فى مجال تطوير الرعاية الصحية الأولية.
٣. ارتفاع نسبة السكان المسنين في المملكة فالنسبة (٤,٨ ٪) فى عام ٢٠٠٠م من متوقع أن ترتفع إلى (١٢,٩٪) فى عام ٢٠٥٠م كما سيتم تفصيلة في الفقرة التالية.
٤. تعتبر منظمة الصحة العالميةالرعاية الصحية الأولية حجر زاوية التشيخ النشط[٣].

ديموغرافية التشيــخ فى المملـكة العـربيـة السعـوديـة :

يشهد سكان المملكة ما شهده العالم من تحول ديموغرافي وتشيخ السكان (أي الزيادة السريعة فى عدد المسنين)[٣]. فقد أثمرت الجهود المتواصلة بالمملكة ممثلة بوزارة الصحة لتقديم أرقى مستويات الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمجتمع السعودي منذ نشأتها فى عام ١٣٧٠هـ/١٩٥٠م وحتى وقتنا الحاضر وجهود التوسع فى نطاق خدمات الرعاية الصحية الأولية وإعطاء الأولية للمجموعات السكانية الأكثر عرضة للخطر بالمجتمع من أطفال وكبار سن فى تقدم وتطوير الخدمات الصحية، وانعكس ذلك على المؤشرات الصحية وارتفاع نسبة المسنين وتغير شكل هرم سكان المملكة كما سيتم توضيحه فى الفقرات التالية.
والمزيد من المعلومات عن مقارنة ديموغرافية التشيخ فى المملكة مع تشيخ سكان العالم وسكان إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالميةكما سيوضح فى الفصل الرابع.





نمــو سكـــان المملكة :

بينت بيانات التعداد العام للسكان عام (١٤٢٥هـ/ ٢٠٠٤م)[١١] ولعام (١٤٣١هـ/٢٠١٠م)[٤٦] أن عدد السكان الكلي للمملكة قد تضاعف حوالي أربع مرات خلال الفترة(١٣٩٤-١٤٢٥هـ) الموافق(١٩٧٤-٢٠١٠م) فقد ارتفع عدد السكان من (٧,٠٠٩,٤٦٦) نسمة في عام (١٣٩٤هـ/١٩٧٤م) إلى (٢٧,١٣٦,٩٧٧) نسمة في عام(١٤٢٥هـ/٢٠٠٤م) بينما انخفض متوسط معدل النمو السنوي من (٣,٧٪) بين عامي (١٩٧٤و١٩٩٢م) إلى (٣,٢٪) بين عامي (٢٠٠٤ و٢٠١٠م) ومزيد من التفاصيل موضحة في جدول ١ [١١،٤٦].

جدول ١: عدد السكان في المملكة خلال الفترة(١٩٧٤-٢٠١٠م)[١١،٤٦] :

عـــام	عدد السكان الكلي	معدل النمو (٪)
١٤٣١هـ - ٢٠١٠م	٢٧,١٣٦,٩٧٧	٣,٢
١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م	٢٢,٦٧٨,٢٦٢	٢,٥
١٤١٣هـ - ١٩٩٢م	١٦,٩٤٨,٢٨٨	٣,٧
١٣٩٤هـ - ١٩٧٤م	٧,٠٠٩,٤٦٦	ـ

تغير التركيب العمري لسكان المملكة :

تشير نتائج تعداد السكان للأعوام (١٤١٣هـ/١٩٩٢م) و(١٤٢٥هـ/٢٠٠٤م) و(١٤٣١هـ/٢٠١٠م) إلى تغير التوزيع النسبي المئوي للفئات العمرية للسكان السعوديين بالمملكة حيث انخفضت نسبة فئة عمر (أقل من ١٥ سنة) بينما زادت نسبة فئة عمر (١٥-٦٤) سنة، وأما نسبة فئة عمر (٦٥) سنة فقد تذبذبت بين ارتفاع وانخفاض[١١،٤٦]، كما بينت نتائج تعداد السكان للعام ١٤٢٥هـ/٢٠٠٤م انخفاض نسبة الإعالة بين السكان السعوديين (مجموع عدد السكان أقل من ١٥ سنة وعدد السكان ٦٥ سنة فأكثر مقسوماً على عدد السكان ١٥-٦٤ سنة) [١١] وذلك كما هو موضح في (جدول ٢) [١١،٤٦].

جدول ٢: تغيير نسب التوزيع العمري لسكان المملكة العربية السعودية (١٩٩٢-٢٠١٠م)[١١،٤٦] :

فئة العمر (سنة) / عـام	١٤١٣هـ - ١٩٩٢م[١١]	١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م[١١]	١٤٣١هـ - ٢٠١٠م[٤٦]
أقل من ١٥ (٪)	٤٩,٢	٣٩,٩	٣١,٧
١٥ - ٦٤ سنة (٪)	٤٧,٥	٥٦,٦	٦٥,٥
٦٥ فـأكثـر (٪)	٣,٣	٣,٥	٢,٨
المجمـوع	١٠٠	١٠٠	١٠٠
نسبة الإعـالة	١١١	٧٧	-





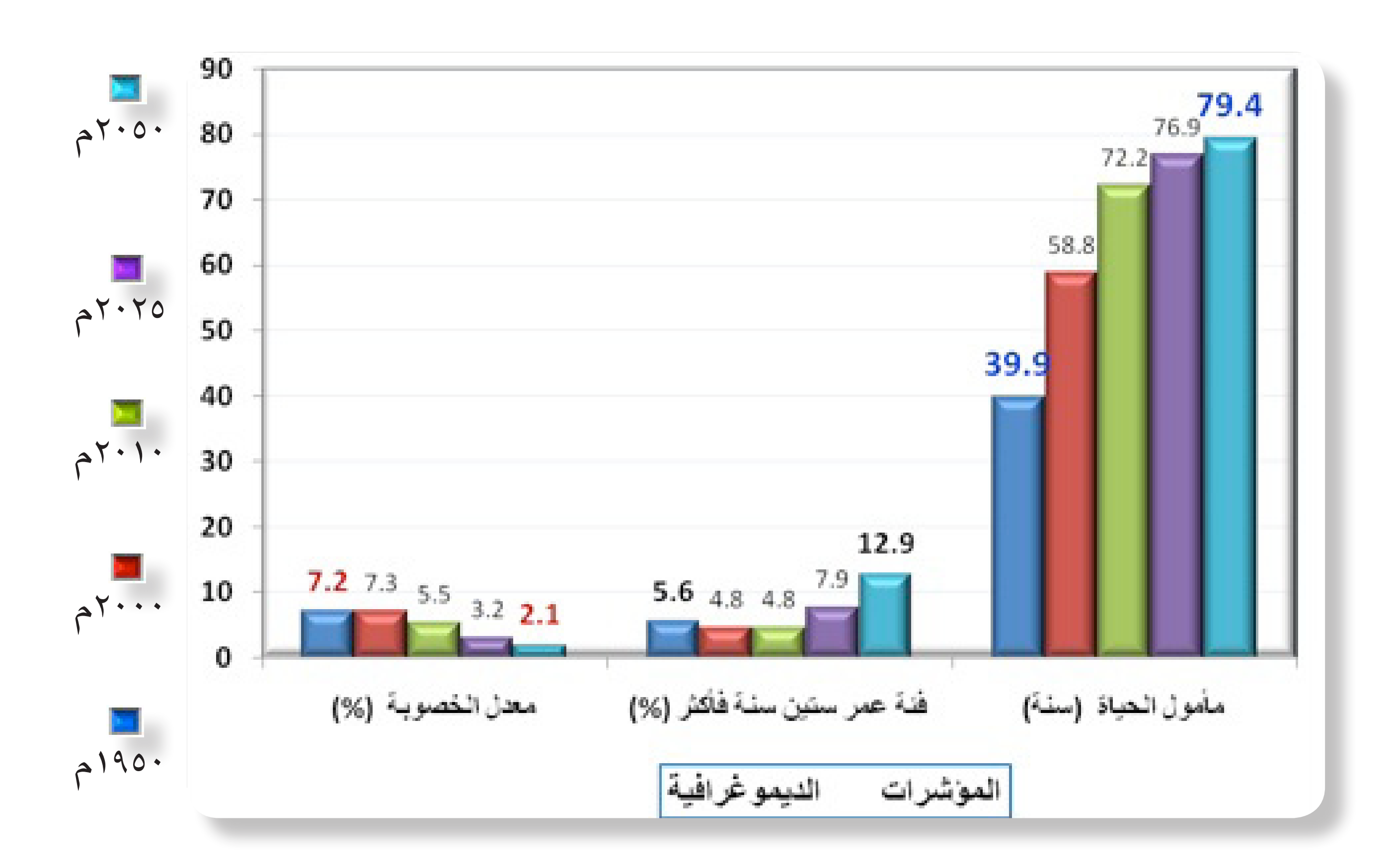
نسبة السكان المسنين فى المملكة :

تشير توقعات إحصائيات السكان الديموغرافية والصحية لمنظمة الصحة العالمية وللأمم المتحدة إلى تغير فى المؤشرات الديموغرافية فى المملكة العربية السعودية خلال الفترة ١٩٥٠-٢٠٥٠م وذلك شأنها شأن باقي بلدان إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، حيث زاد عدد المسنين بصورة أسرع بكثير من إجمالي السكان بسبب نقص الخصوبة وزيادة مأمول الحياة مما يشير إلى تأثر سكان المملكة بظاهرة تشيخ سكان العالم وذلك كما هو موضح فى (شكل ١)[٣]. فقد انخفض معدل الخصوبة من (٧,٢٪)فى عام١٩٥٠م إلى (٥,٥٪) فى عام ٢٠١٠م ومن المتوقع أن ينخفض إلى (٢,١٪) فى عام ٢٠٥٠م، أما مأمول الحياة فقد ارتفع من (٣٩,٩) سنة فى عام ١٩٥٠م إلى (٧٢,٢)سنة فى عام ٢٠١٠م ومن المتوقع أن يرتفع إلى (٧٩,٤)سنة فى عام ٢٠٥٠م، وبالمقابل فان نسبة السكان المسنين (٦٠ سنة وما فوق) في المملكة كانت في عام ١٩٥٠م (٥,٦٪) وفي عام ٢٠٠٠م كانت (٤,٨٪) ومن المتوقع أن ترتفع إلى ٧,٩٪ والى ١٢,٩٪ في عام ٢٠٢٥م وعام ٢٠٥٠م على التوالي (شكل ١)[٣].

ووفقاً لنتائج تعداد السكان للعام (١٤٣١هـ/٢٠١٠م) فإن متوسط مأمول الحياة عند الولادة هـو (٧٣,٧) سنة للذكورو(٧٥,١) سنة للإناث[١١].

والمزيد من المعلومات عن مقارنة نسبة المسنين في المملكة مع نسبتهم في العالم وفي إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية سيوضح في (جدول١٥) و(شكل ٢٤) المدرجة في الفصل الرابع والذي يتضمن أيضاً المزيد من المعلومات عن ديموغرافية تشيخ السكان.

شكل ١: المؤشرات الديموغرافية فى المملكة خلال الفترة(١٩٥٠-٢٠٥٠م)[٣]:



وسيصاحب التغير الديموغرافي وتغير نسب توزيع الفئات العمرية لسكان المملكة العربية السعودية تغيراً لشكل الهرم السكاني، ويبين(شكل ٢) الهرم السكاني للمملكة لعام ١٩٩٠م والهرم السكاني المتوقع لعام ٢٠٥٠م[٤٧].

شكل ٢: الهرم السكاني للمملكة العربية السعودية فى عام ١٩٩٠م و ٢٠٥٠م[٤٧] :

Saudi Arabia: 1990

MALE | FEMALE

80+, 75-79, 70-74, 65-69, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 10-14, 5-9, 0-4

1.4 1.2 1.0 0.8 0.6 0.4 0.2 0.0 0.0 0.2 0.4 0.6 0.8 1.0 1.2 1.4

Population (in millions)

Source: U.S. Census Bureau, International Data Base.

Saudi Arabia: 2050

MALE | FEMALE

80+, 75-79, 70-74, 65-69, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 10-14, 5-9, 0-4

6 5 4 3 2 1 0 0 1 2 3 4 5 6

Population (in millions)

Source: U.S. Census Bureau, International Data Base.

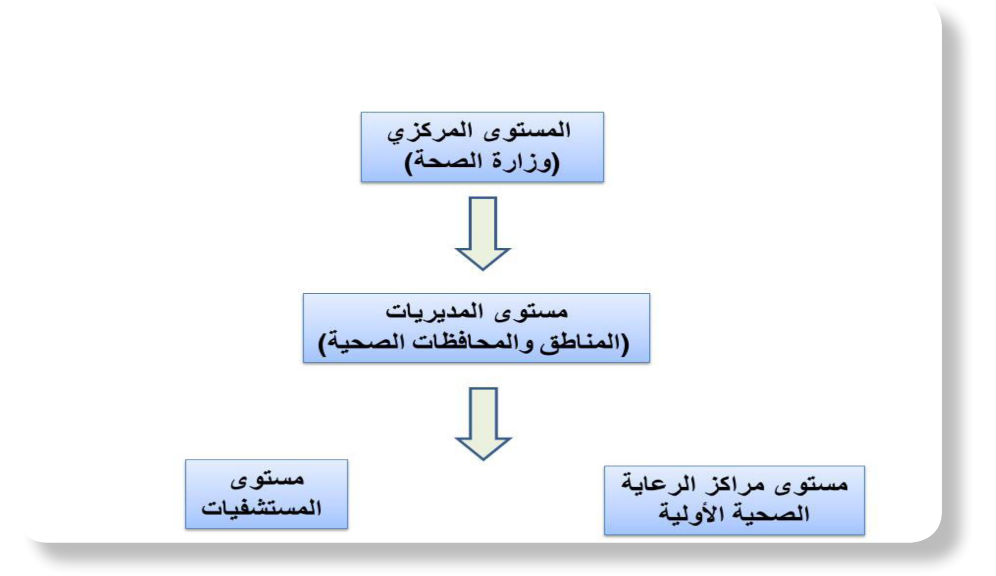
مستويات تنفيذ البرنامج:

إن تنفيذ برنامج رعاية صحة المسنين يتم خلال سلسلة المستويات الإدارية الصحية من المستوى المركزي إلى المستوى الطرفي كما هو ملخص فى (شكل ٣).





شكل ٣ : مستويات تنفيذ البرنامج :



أولا: المستوى المركزي (وزارة الصحة) :

١. تحليل الوضع الصحي للمسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية.
٢. تأسيس نظام معلومات وبناء قاعدة بيانات لصحة المسنين المراجعين لمراكز الرعايةالصحية الأولية.
٣. إعداد وتنفيذ خطة عمل برنامج رعاية صحة المسنين.
٤. الدعم المادي للبرنامج.
٥. تبني مفهوم مراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن[١٢].
٦. إعداد وتوفير الملفات والسجلات اللازمة لفحص وتقييم وعلاج ومتابعة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
٧. إعداد وتوفير الأدلة اللازمة لتطبيق البرنامج بالمراكز الصحية.
٨. إعداد وتوفير معايير ومؤشرات الجودة للبرنامج بالمراكز الصحية.
٩. إعداد وتوفير نماذج الإحصاء والمتابعة والإشراف.
١٠. تأمين التجهيزات الطبية والغيرطبية اللازمة لتطبيق البرنامج.
١١. بناء القدرات وتأهيل وتدريب الكوادر الطبية من مدربين بكافة المناطق والمحافظات لتأهيل وتدريب القوى العاملة بمراكزالرعاية الصحية الأولية لتقديم خدمات رعاية المسنين.
١٢. متابعة بناء القدرات والتدريب والتعليم الطبي المستمر في مجال صحة المسنين للقوى العاملة مقدمي خدمات رعاية صحة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
١٣. توفير الأدوية اللازمة لتقديم الخدمات العلاجية الأساسية للمسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
١٤.توفير اللقاحات (التطعيمات) والأدوية الوقائية الأساسية للمسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
١٥. إعداد وتوفيرحزمة تعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط.
١٦. الإعداد للاحتفال بالمناسبات الطبية المتعلقة بصحة المسنين مثل اليوم العالمي للمسنين (الموافق الأول من أكتوبر كل عام) وذلك على مستوى الوزارة والمناطق والمراكز الصحية.





١٧. المتابعة والإشراف على تطبيق البرنامج بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
١٨. تقييم تطبيق البرنامج بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
١٩. التأكد من استيفاء تجهيز المراكز بالتجهيزات الطبية والغير طبية اللازمة لتطبيق البرنامج ولتكون مراعية للسن.
٢٠. إجراء الدراسات والبحوث و عقد المؤتمرات لتعزيز صحة المسنين والمشاركة بها مع الجهات ذات العلاقة بصحة المسنين.
٢١. تحديث الإجراءات والأدلة والبيانات والمعلومات كلما دعت الحاجة.

ثانيا: مستوى المديريات (المناطق والمحافظات الصحية):

١. إدراج برنامج رعاية صحة المسنين ضمن البرامج والخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية.
٢. تحديد منسق للبرنامج لتطبيق برنامج رعاية صحة المسنين لديهم بالتنسيق والتواصل مع الإدارة العامة لشؤون المراكز الصحية.
٣. الإلتزام بتنفيذ دورهم فى خطة عمل البرنامج.
٤. دعم تطبيق البرنامج لديهم والتنسيق مع الجهات الحكومية وغير الحكومية ذات العلاقة بصحة المسنين.
٥. تشغيل و متابعة خدمة رعاية صحة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
٦. تبني مفهوم مراكز الرعاية الصحية الأولية مراعية للسن[١٢].
٧. دعم مراكز الرعاية الصحية الأولية بالقوى العاملة والتجهيزات اللازمة.
٨. بناء قدرات القوى العاملة مقدمي خدمات رعاية صحة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
٩. التدريب والتعليم المستمر للقوى العاملة مقدمي خدمات رعاية صحة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
١٠. الإشراف والمتابعة على تطبيق البرنامج لديهم.
١١. المشاركة فى الإحتفال بالمناسبات الطبية المتعلقة بصحة المسنين مثل اليوم العالمي للمسنين.
١٢. التأكد من استيفاء مراكز الرعاية الصحية الأولية بالتجهيزات والمعدات الطبية والغير طبية اللازمة لتطبيق البرنامج.
١٣. تحديث الإجراءات والبيانات والمعلومات كلما دعت الحاجة.
١٤. إرسال الإحصائيات والمعلومات الخاصة بصحة المسنين إلى الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية.
١٥. التنسيق بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات لتدبر ومتابعة الحالات المحولة.
١٦. إجراء الدراسات والبحوث وعقد المؤتمرات لتعزيز صحة المسنين والمشاركة بها مع الجهات ذات العلاقة بصحة المسنين.

ثالثا: مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية:

١. تطبيق برنامج رعاية صحة المسنين .
٢. تبني مفهوم مراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن[١٢].





٣. الحرص على بناء القدرات والمهارات المهنية والتعليم الطبي المستمر في مجال رعاية صحة المسنين.
٤. تقديم الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين (علاجية ووقائية وتأهيلية) من خلال تطبيق بروتوكول البرنامج وإتباع نهج الشمولية في تقديم الرعاية الصحية للمسنين المراجعين لمراكزالرعاية الصحية الأولية.
٥. إستخدام نماذج وسجلات وملفات رعاية صحة المسنين المعدة من قبل الإدارة العامة لشؤون المراكزوالبرامج الصحية.
٦. حفظ واستكمال سجلات وملفات رعاية صحة المسنين.
٧. الحرص على الإلتزام بتطبيق مبدأ المراكز الصحية المراعية للسن.
٨. الحرص على تعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط.
٩. المشاركة فى الاحتفال بالمناسبات الطبية المتعلقة بصحة المسنين (مثل اليوم العالمي للمسنين) داخل وخارج المراكز الصحية.
١٠. إعداد الإحصائيات الدورية المطلوبة حسب النماذج المُعدة للبرنامج.
١١. متابعة الحالات المحولة إلى المستشفيات.
١٢. تقديم الرعاية المشتركة بين مراكزالرعاية الصحية الأولية والمستشفيات للمسنين المحولين.
١٣. متابعة الحالات المحولة إلى المستشفيات.
١٤. عمل تدقيق دوري لمتابعة سيرالعمل وتطبيق البرنامج.
١٥. المشاركة في الدراسات والبحوث والمؤتمرات لتعزيزصحة المسنين.

رابعاً: مستوى المستشفيات

١. إنشاء أو تفعيل مكاتب التنسيق مع الرعاية الصحية الأولية بالمستشفيات.
٢. تسهيل مهام مكاتب التنسيق.
٣. تحديد مواعيد قريبة ومناسبة قدر الإمكان للمسنين المحولين.
٤. تدبرحالات المسنين المحولة وتقديم الخدمات العلاجية والوقائية ومتابعة صحتهم.
٥. تقديم الخدمات الصحية الشاملة فى أقسام خاصة لطب المسنين فى المستشفيات.
٦. تقديم الخدمات الصحية المتقدمة للمسنين مثل الرعاية المنزلية والرعاية التلطفية والرعاية طويلة المدى.
٧. إعداد وإرسال التغذية الراجعة للمراكز الصحية متضمنة خطة العلاج والمتابعة للمسنين المحالين إلى المستشفيات والرعاية المشتركة بين المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.
٨. المشاركة فى تدريب القوى العاملة مقدمي خدمات رعاية صحة المسنين.
٩. المشاركة فى الاحتفال بالمناسبات الطبية المتعلقة بصحة المسنين مثل اليوم العالمي للمسنين.
١٠. إجراء الدراسات والبحوث و عقد المؤتمرات لتعزيزصحة المسنين والمشاركة بها مع الجهات ذات العلاقة بصحة المسنين.





الخطة التنفيذية لبرنامج رعاية صحة المسنين:

لقد تم إعداد الخطة التنفيذية للبرنامج على أربع مراحل كما هو موضح في (شكل ٤) .

شكل٤: مراحل الخطة التنفيذية لبرنامج رعاية صحة المسنين :



المرحلة الأولى: مرحلة التهيئة - ١٤٣٠ - ١٤٣١هـ / ٢٠٠٩ - ٢٠١٠م:

١. البحث عن واختيار مصادر ومراجع محلية وخليجية وإقليمية ودولية عن رعاية صحة المسنين.

٢. تفعيل نشاطات اللجنة الوطنية لصحة المسنين ومتابعة مهامها وقد تم تشكيلها بناءً على قرار سعادة وكيل الوزارة للشؤون التنفيذية رقم ٢٥/٦٩٠٠٧ بتاريخ ١٨/ ٨/ ١٤٢٩هـ وسيتم ذكر المزيد من التفاصيل فى الفصل الخامس.

٣. إعداد الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين ٢٠١٠م- ٢٠١٥م[13]، فقد أعدت الإدارة العامةلشــؤون المراكز والبرامج الصحية الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠م-٢٠١٥م) تمشياً مع السياسات الصحية الوطنية وتنفيذاً للتوجهات العالمية والإقليمية والوطنية التي تهدف إلى شمولية الرعاية وتكاملها واعتمدت الإستراتيجية الوطنيةلصحة المسنين على عدة مرجعيات محلية وإقليمية وعالمية.

٤. موافقة معالي وزير الصحة الدكتور عبدالله الربيعة حفظه الله على الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين(٢٠١٠م-٢٠١٥م) وذلك بتاريخ ١/٢/١٤٣١هـ الموافق ١٦/١/٢٠١٠م.

٥. إعداد الخطة التنفيذية لبرنامج رعاية صحة المسنين لمدة خمس سنوات بناءً على(الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين ٢٠١٠م- ٢٠١٥م) متضمنة مرحلة الإعداد لتطبيق البرنامج ومرحلة تطبيق البرنامج.

٦. دعم معالي وزير الصحة الدكتور عبدالله الربيعة حفظه الله للإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠- ٢٠١٥م) بموافقته الكريمة باعتماد ميزانية مخصصة لتنفيذها.

٧. نشرالإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠م-٢٠١٥م) في وسائل الإعلام وفي المؤتمرات العلمية المحلية والخليجية.

٨. اختيارمنسقي البرنامج بالمناطق والمحافظات الصحية حسب مواصفات اختيار حددتها الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية.




٩. التهيئة لبناء القدرات ووضع خطة تدريبية وتم إعداد حقيبة تدريب المدربين من قبل استشاريين في طب الشيخوخة وطب الأسرة من أعضاء اللجنة الوطنية لصحة المسنين.

١٠. بناء قدرات الكوادر الفنية في الرعاية الصحية الأولية في مجال رعاية صحة المسنين وتدريب المدربين للبرنامج وذلك من خلال (٦) دورات تدريبية مكثفة حيث تم التدريب من قبل استشاريين فى طب الشيخوخة وطب الأسرة من أعضاء اللجنة الوطنية لصحة المسنين. استهدفت أولى هذه الدورات تدريب منسقي البرنامج بالمناطق والمحافظات ثم تم عقد (٥) دورات تدريبية للمدربين فى الخمس مناطق الإدارية الرئيسية (الشمالية والجنوبية والوسطى والشرقية والغربية) استهدفت المشرفين الفنيين بالمناطق والمحافظات الصحية بهدف تأهيل فريق تدريب بقيادة منسقي البرنامج بالمناطق والمحافظات وبمشاركة استشاريين من المستشفيات في تخصصات متعددة وذلك لتدريب الكادر الطبي بمراكز الرعاية الصحية الأولية.

١١. التهيئة لتحليل الوضع الراهن لصحة المسنين مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية وإعداد نماذج واستمارات جمع بياناتهم.

١٢. إعداد أنشطة وفعاليات الخطة التنفيذية للبرنامج للعام ٢٠١١م.

المرحلة الثانية : مرحلة الإعداد فى عام ١٤٣٢هـ / ٢٠١١ م :

١. وضع آلية تطبيق أنشطة وفعاليات الخطة التنفيذية للبرنامج للعام ٢٠١١م.

٢. إدراج برنامج رعاية صحة المسنين ضمن برامج الرعاية الصحية الأولية المقدمة بالمراكزالصحية فى المناطق والمحافظات.

٣. اختيار مراكز الرعاية الصحية الأولية المستهدفة لتطبيق المرحلة الأولى التجريبية للبرنامج من كافة المناطق والمحافظات الصحية.

٤. تحديد مرتكزات تطبيق البرنامج في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

٥. إعداد برتوكول وطني ونهج منظم وشامل للبرنامج فىمراكزالرعاية الصحية الأولية.

٦. إعداد أدلة عمل البرنامج وتشمل (الدليل الإرشادي لرعاية المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية ودليل إجراءات وعمل برنامج رعاية صحة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية).

٧. إعداد الملفات والسجلات الطبية (ملف الفحص الشامل وملف الفحص الدوري السنوي وملف المتابعة) للمسنين بمراكزالرعاية الصحية الأولية.

٨. إعداد خطة التدريب والتعليم المستمر للكادر الطبي في مراكز الرعاية الصحية الأولية شاملاً أطباء وتمريض مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمناطق والمحافظات.

٩. إعداد حقيبة تدريب الأطباء والتمريض من قبل استشاريين بطب الشيخوخة وطب الأسرة من أعضاء اللجنة الوطنية لصحة المسنين.

١٠. الشروع بتدريب أطباء وممرضي المراكز الصحية المستهدفة لتطبيق المرحلة الأولى التجريبية للبرنامج .

١١. إعداد نماذج الإشراف والمتابعة والتقييم ودمج نظام الإشراف والمراقبة والمتابعة للمسنين بمنظومة الرعاية الصحية الأولية.

١٢. إعداد نماذج جمع بيانات التقاريرالدورية ودمج نظام معلومات وبيانات صحة المسنين ضمن منظومة مراكز الرعاية الصحية الأولية.

١٣. نشر ثقافة رعاية المسنين بوسائل الإعلام المقروءة والمرئية والالكترونية والمؤتمرات العلمية.

١٤. إعداد حزمة التثقيف الصحي للمسنين ومقدمي الرعاية لهم بالمنزل وعائلات المسنين والمجتمع.

١٥. إعداد مستلزمات أنشطة الاحتفال باليوم العالمي للمسنين في مراكز الرعاية الصحيةالأولية التي ستطبق المرحلة الأولى من البرنامج.

١٦. جمع بيانات صحة المسنين من واقع ملفاتهم بجميع مراكز الرعاية الصحية الأولية فى المناطق والمحافظات للعام ١٤٣١هـ.
١٧. إعداد أنشطة وفعاليات الخطة التنفيذية للبرنامج للفترة ٢٠١٢-٢٠١٥م.

المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق المرحلي للبرنامج ١٤٣٣-١٤٣٦ / ٢٠١٢-٢٠١٥م:

١. التنفيذ المرحلي لأنشطة وفعاليات الخطة التنفيذية للبرنامج للفترة ٢٠١٢-٢٠١٥م.
٢. تحليل وضع صحة المسنين في مراكزالرعاية الصحية الأولية قبل تطبيق البرنامج وتحليل بيانات صحة المسنين التى تم جمعها.
٣. التعميم على المناطق والمحافظات ببدء التطبيق المرحلي للبرنامج في مراكزالرعاية الصحيةالأوليةحسب الخطة التنفيذيةخلال تطبيق المرحلة الأولى التجريبية للبرنامج في مراكزالرعاية الصحية الأولية المختارة.
٤. إعداد حقيبة تدريب الأطباء من قبل استشاريين في طب الشيخوخة وطب الأسرة من أعضاء اللجنة الوطنية لصحة المسنين.
٥. إعداد حقيبة تدريب التمريض باللغتين العربية والإنجليزية من قبل استشاريين في طب الشيخوخة وطب الأسرة من أعضاء اللجنة الوطنية لصحة المسنين.
٦. تأهيل مراكزالرعاية الصحية الأولية للتطبيق المرحلي للبرنامج.
٧. التطبيق المرحلي لخطة بناء قدرات الكادرالطبي من قبل فريق التدريب بالمناطق والمحافظات الصحيةحسب الخطة التنفيذية للبرنامج من خلال تأهيل وتدريب أطباء وممرضي مراكز الرعاية الصحية الأولية لتقديم الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين.
٨. طباعة وتوفير أدلة العمل (الدليل الإرشادي لرعاية المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية ودليل إجراءات وعمل برنامج رعاية المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية) وتوزيعها على مراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق والمحافظات الصحية.
٩. طباعة وتوفير سجلات وملفات الرعاية الصحية الشاملة للمسنين وتوزيعها على مراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق والمحافظات الصحية.
١٠. طباعة وتوفيرنماذج الإحصاء وجمع البيانات وتوزيعها على مراكزالرعاية الصحية الأولية فى المناطق والمحافظات الصحية.
١١. طباعة وتوفير نماذج الإشراف والتقييم والمتابعة وتوزيعها على مراكزالرعاية الصحية الأولية فى المناطق والمحافظات الصحية.
١٢. تقوية الشراكة مع الجهات الحكومية وغيرالحكومية ذات العلاقة بصحة المسنين.
١٣. التنسيق مع الجهات الحكومية وغيرالحكومية المهتمة بصحة المسنين لتقديم الخدمة الصحية المشتركة للمسنين.
١٤. التدريب المستمر للكوادر الطبية التي تم تعينها حديثاً بالرعاية الصحية الأولية ولم يمكن تضمنهم فى خطة التدريب المرحلي.
١٥. تعزيزدورمقدمي الرعاية للمسنين بالمنزل ودورالمجتمع في رعاية صحة المسنين.
١٦. تعزيز التشيخ النشط والصحي بشكل روتيني كجزء من الرعاية الصحية الشاملة وخلال المناسبات الصحية مثل اليوم العالمي للمسنين وفي مواسم معينة مثل رمضان والحج والسفر.. إلخ، داخل وخارج مراكز الرعاية الصحية الأولية.





١٧. تهيئة مراكز الرعاية الصحية الأولية لتطبيق مبدأ المراكز الصحية المراعية للسن.
١٨. جمع وتحديث وتحليل بيانات المسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية والذين تم إدراجهم بالبرنامج.
١٩. التقييم والإشراف والمتابعة على تطبيق البرنامج بمراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق والمحافظات.
٢٠. تأسيس موقع إلكتروني للبرنامج والإشراف عليه وتحديثه.
٢١. إعداد تقارير دورية وسنوية عن سير العمل وتطبيق البرنامج.
٢٢. مراجعة وتحديث السجلات والملفات الصحية للمسنين ونماذج الإحصاء والإشراف والمتابعة وأدلة العمل بشكل دوري.
٢٣. إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بصحة المسنين.

المرحلة الرابعة - المرحلة المستقبلية : الإستمرار والتحسين : ابتدأ من ١٤٣٦هـ / ٢٠١٥م :

١. إستمرار تطبيق البرنامج كإحدى برامج الرعاية الصحية الأولية بكافة المناطق والمحافظات الصحية.
٢. التوسع في تأهيل كوادر طبية مساعدة تتضمن صيادلة وأطباء أسنان اخصائيين اجتماعيين واخصائي تغذية وبصريات والعلاج الطبيعي والإداريين بالمراكز الصحية لتقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة للمسنين من خلال فريق طبي متعدد التخصصات.
٣. إعداد وتوفير دليل الممارسة الإكلينيكية لصحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية.
٤. توسعة نطاق ومجال خدمات رعاية صحة المسنين من خلال استحداث الخدمات الآتية:
   أ. الرعاية الصحية المنزلية للمسنين من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية.
   ب. الرعاية في أقسام خاصة لصحة المسنين فى المستشفيات.
   جـ. الخدمات طويلة المدى للمسنين.
   د. الرعاية التلطفية للمسنين.
٥. إدراج رعاية المسنين ضمن مناهج المراحل التعليمية في المدارس والجامعات.
٦. إنشاء نواد صحية واجتماعية للمسنين.
٧. توفير أجهزة مساعدة للمسنين.
٨. تأهيل كوادر صحية محلية في طب الشيخوخة من خلال :-
   أ. إدراج طب الشيخوخة ضمن منهج التعليم فى كليات الطب.
   ب. إستحداث دراسات عليا في طب الشيخوخة (دبلوم وزمالة) بالتنسيق مع الهيئة السعودية للتخصصات الطبية.
٩. إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بصحة المسنين.
١٠. التحديث المستمر للمنهج والبرتوكول الوطني للخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين ولسجلات وملفات ونماذج وأدلة عمل البرنامج.
١١. تطوير الخدمات الصحية المقدمة للمسنين بناءً على احتياجات المسنين الصحية وعلى توصيات التقارير السنوية للبرنامج وعلى ما يستجد من توصيات المؤتمرات والدراسات والبحوث على المستوى المحلي والإقليمي والعالمي المتعلقة بصحة المسنين.

والمزيد من المعلومات عن تطبيق البرنامج متوفر فى التقرير السنوي الأول للبرنامج للعام ١٤٣٣هـ/٢٠١٢م[٦١].

ركائز برنامج رعاية صحة المسنين :

لقد ارتكز تطبيق الخطة التنفيذية للبرنامج وتقديم الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين على سبعة ركائز أساسية (شكل ٥) تشمل ما يلي:

١- تحليل الوضع الراهن لصحة المسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية .
٢- تأهيل مراكز الرعاية الصحية الأولية لتكون مراكز مراعية للسن.
٣- الإعلان عن البرنامج ونشر ثقافة رعاية المسنين بين العاملين الصحيين وفي المجتمع.
٤- تعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط.
٥- الإشراف والتقييم والمتابعة لتطبيق البرنامج.
٦- تقوية الشراكة مع الجهات ذات العلاقة والمهتمة بصحة المسنين.
٧- توثيق جهود وزارة الصحة في مجال رعاية المسنين.

شكل ٥: ركـائز برنامج رعاية صحة المسنين :

ركائز
برنامج رعاية صحة المسنين
Pillars of the elderly health care program

1-تحليل وضع صحة المسنين
1- Situation analysis of elderly health

2- تأهيل مراكز الرعاية الصحية الأولية لتكون مراعية للسن
2- Prepare PHCCs to be age-friendly centers

3- الاعلان عن البرنامج ونشر ثقافة رعاية المسنين
3- Program announcement & dissemination of culture of elderly health care

4- تعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط
4- Promotion of elderly health & active ageing

5- الإشراف والتقييم والمتابعة على تطبيق البرنامج
5- Supervision, evaluation & follow-up of program implementation

6- تقوية الشراكة مع الجهات ذات العلاقة
6- Enhance relations with relevant authorities

7- توثيق جهود المملكة في مجال رعاية صحة المسنين
7- Documentation of KSA efforts for elderly health care

تحليل الوضع الراهن لصحة المسنين :

لقد تم التخطيط لتحليل وضع صحة المسنين في المراكز الصحية قبل تطبيق البرنامج وتم إعداد نماذج واستمارات جمع بيانات عدد المسنين والمشاكل الصحية الشائعة بينهم من واقع ملفات المسنين للعام ١٤٣١هـ من جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية بكافة المناطق والمحافظات الصحية بهدف تأسيس قاعدة بيانات لصحة المسنين قبل تطبيق البرنامج. وقد تم تحليل بيانات صحة المسنين التي تم جمعها وتم حصر عدد المسنين والمشاكل الصحية الشائعة بينهم حسب الفئة العمرية للمسنين والنوع والمنطقة والمحافظة وقد تم تفصيل هذه النتائج فى التقرير السنوي الأول للبرنامج للعام ١٤٣٣هـ م ٢٠١٢م[٦].

تأهيل مراكز الرعاية الصحية الأولية لتكون مراكز مراعية للسن :

إن مفهوم الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن يهدف إلى تحسين أداء العاملين الصحيين فى الرعاية الصحية الأولية ورفع مستوى معرفتهم بالإحتياجات الخاصة لمراجعيهم المسنين وتطوير نوعية الرعاية المقدمة للمسنين وتحسين مؤشرات صحتهم.

إن مبادئ الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن هي بمثابة أداة لزيادة المعرفة الصحية وتشجيع جميع مستخدمي مراكز الرعاية الصحية الأولية، وبخاصة الأشخاص كبار السن، والهدف الرئيسي هو جعل مراكز الرعاية الصحية الأولية أكثروعياً وأكثر ملائمة لاحتياجات كبار السن وأنواع الرعاية التي يحتاجون إليها.

وسيتم شرح المزيد من التفاصيل عن مفهوم الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن في الفصل الثاني.

لقد تم تأهيل مراكز الرعاية الصحية الأولية لتكون مراكز مراعية للسن وذلك من خلال ما يلي :

أولاً : تبني مفهوم « المراكز الصحية المراعية للسن»:

لقد تم تبني مفهوم «المراكز الصحية المراعية للسن» الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية ليحسن استجابة الرعاية الصحية الأولية لرعاية صحة المسنين. وتأهيل المراكز الرعاية الصحية الأولية، وتطبيق هذا المفهوم في مجال المعلومات والتثقيف والتدريب والنظم الإدارية وبيئة البناء وذلك كما سيتم تُفصيله في الفصل الثاني.

ثانياً : إعداد مراكز الرعاية الصحية الأولية لتطبيق البرنامج :

لقد تم إعداد وتأهيل مراكز الرعاية الصحية الأولية لتطبيق البرنامج وذلك بتنفيذالإجراءات التالية :

١- إعداد برتوكول ومنهج وطني لرعاية المسنين في المراكز الصحية.
٢- تجهيز المراكز وتوفير مستلزمات تطبيق البرنامج.
٣- تأهيل الكادر الصحي لتقديم الخدمات الصحية للمسنين.
٤- بناء وتحديث قاعدة بيانات صحة المسنين.
٥- تطوير الخدمات الصحية الشاملةوالمتكاملة.

إعداد برتوكول رعاية صحة المسنين فى الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة :

النهج المنظم لبرتوكول وطني لرعاية صحة المسنين:

بما أن النهج الإكلينيكي المنظم هو وسيلة فعالة لرعاية صحة المسنين[٥] لذا فقد أعدت الإدارة العامة لشؤون المراكزوالبرامج الصحية برتوكول وطني لرعاية صحة المسنين وذلك بعد مراجعة ودراسة عدة مصادر عالمية[١-١٢ ، ١٤-١٨ ، ٢٤ ، ٤٥، ٥٧-٦٠] ومحلية[١٣،١٩-٢٣-٤٦،٥٤، ٥٦] مهتمة بصحة المسنين ثم اختيارما يناسب منها لإعداد برتوكول ومنهج وطني لخدمات رعاية صحةالمسنين في مراكزالرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة يتماشى مع استراتيجية الوزارة بتقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة (Complete integrated health services) واضعين نصب أعيننا خدمة المرضى ورضاهم أولاً وذلك بما يتلاءم مع نهج الشمولية (Holistic approach) فى مجال خدمات الرعاية الصحية الأولية ويلبي احتياجات المسنين الصحية والنفسية والاجتماعية ليتمتع المسنين بالرفاه الصحي ولتحقيق هدف البرنامج المتضمن تحسين نوعية حياتهم من خلال إطالة متوسط عمرهم الصحي عن طريق تقديم





خدمات صحية شاملة ومتكاملة (علاجية ووقائية وتأهيلية) مستمرة عالية الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بتعاون مشترك مع الجهات الأخرى الحكومية وغير الحكومية ذات العلاقة بصحة المسنين وفقاً لمبدأ التشيخ النشط وتحت شعار (إضافة حياة للسنين وليس فقط سنين للحياة). وبذلك فقد تم تحديد نوعية ومدى الخدمات الصحية للمسنين المقدمة لهم في الرعاية الصحية الأولية لتقابل احتياجاتهم الصحية بإتباع نهج علمي منظم مبني على البراهين وباستخدام أدوات ومعايير قياسية موصى بها من قبل الجهات العلمية المختصة والمهتمة بصحة المسنين[١-٤١،٥٥-٦٠]. وقد قامت اللجنة العلمية المكونة من استشاريين في طب الشيخوخة وطب الأعصاب وطب الأسرة من أعضاء اللجنة الوطنية لصحة المسنين بمراجعة البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين. وسوف يتم شرح البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين لاحقاً في هذا الفصل.

تجهيز المراكز وتوفير مستلزمات تطبيق البرنامج :

شمل تجهيز وإعداد مراكز الرعاية الأولية لتقديم الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين وتطبيق مبدأ المراكز الصحية المراعية للسن تجهيزها بالموارد اللازمة لتقديم خدمات رعاية المسنين بالمراكز الصحية وذلك مايلي :-

الموارد اللازمة لتقديم خدمات رعاية المسنين بالمراكز الصحية:

١. الموارد البشرية.

٢. التجهيزات.

الموارد البشرية:

١. فريق العمل الطبي.

٢. الفريق الإداري.

فريق العمل الطبي:

لتطبيق نهج الشمولية ولتقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة للمسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية فإن هذه الخدمات يتم تقديمها من قبل فريق طبي متعدد التخصصات في كل مركز وبكل من قسم النساء والرجال ويتكون الفريق من :-

أولاً : الكادر الصحي الرئيسي (Core health team) الذي يقدم الخدمات والرعاية الصحية الأساسية للمسنين في المراكز الصحية ويتكون من :-

١. طبيب أخصائي أو عام مدرب على برنامج رعاية صحة المسنين.

٢. ممرض مدرب على برنامج رعاية صحة المسنين.

ثانيــاً : الكادر الصحي المساعد والذي يقدم خدمات ورعاية صحية أخرى للمسنين في المراكز الصحية ويتكون من :-

١. طبيب أسنان.

٢. ممرض أسنان.

٣. صيدلاني.

٤. أخصائي وفني مختبر.

٥. أخصائي اجتماعي.

٦. فني إحصاء.





٧. فني أشعة.
٨. أخصائي تثقيف صحي.
٩. أخصائي تغذية.
١٠. أخصائي بصريات.
١١. أخصائي صحة فم.

وذلك حسب إمكانيات المراكز الصحية، أما المراكز التي لا يتوفر فيها أي من هذه التخصصات المساعدة يمكن توفيرها للمسن في المستشفيات التي يحول إليها .

الفريق الإداري:

١. مدير المركز الصحي.
٢. فني ملفات.
٣. موظف الإستقبال.

التجهيزات :

تتضمن تجهيز عيادة رعاية صحة المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بتجهيزات وأدوات طبية وغير طبية لازمة لتطبيق البرنامج ولتقديم الخدمات الصحية للمسنين وذلك كما هو موضح في (جدول ٣).

وقد تم إعداد وتوفير المطبوعات اللازمة لتقديم رعاية صحة المسنين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية تشمل ما يلي :-

١. دليل سياسات وإجراءات رعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية.
٢. الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين بالرعاية الصحية الأولية.
٣. سجلات وملفات خدمات رعاية صحة المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
٤. حزمة تعزيز صحة المسنين ونشر ثقافة رعاية المسنين بين الكادر الصحي وبين المسنين أنفسهم ومن يرعاهم وفي المجتمع (مطويات وملصقات....إلخ).
٥. نماذج الإحصاء وجمع بيانات صحة المسنين.
٦. نماذج الإشراف والتقييم والمتابعة لتطبيق البرنامج.

جدول ٣ : تجهيزات عيادة رعاية المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية:

التجهيزات الطبية :

- جهاز قياس الضغط بقياسين عادي وللسمنة.
- مقياس حرارة.
- سماعة طبيب.
- جهاز فحص أنف وأذن وحنجرة.
- جهاز فحص قاع العين.
- لمبة كشف جانبية متحركة.
- كشاف جيب بعدسة متحركة.
- طاولة كشف عادية.
- مطرقة فحص الأعصاب.
- شوكة رنانة.
- صندوق قراءة فيلم الأشعة.





- لوحة سنلين لفحص قوة البصر.

التجهيزات الغير طبية :

- مكتب.
- كمبيوتر.
- كرسي دوار.
- كرسيين باذرع للمراجع ومرافقه.
- طاولة شاي صغيرة.
- سريرفحص.
- شرشف وغطاء لسرير الفحص (ملاءات صحية).
- حاجزمتنقل يوضع عند فحص المريض.
- السجلات والملفات اللازمة لرعاية المسنين – سجل العيادة اليومي والسجل الدائم وملف الفحص الشامل في الزيارة الأولى وملف الفحص الدوري السنوي ونموذج متابعة المسنين.
- النماذج اللازمة لرعاية المسنين – نماذج الفحص المختبري والأشعة والإحالة والوصفات الطبية وبطاقة المسنين ونماذج جمع البيانات والإحصاء ونماذج الإشراف والمتابعة.
- أدلة برنامج رعاية المسنين (دليل إجراءات العمل بعيادة رعاية المسنين و الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين بالمراكز الصحية و دليل تدبر المشاكل الصحية للمسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية).
- الجوازالصحي للمسن.
- تقويم أم القرى.
- حزمة تعزيز صحة المسنين ونشر ثقافة رعاية المسنين (مطويات وملصقات عن صحة المسنين).
- لوحةجدارلتعليق التعاميم والملاحظات.
- سلم صغير بدرجتين.
- دولاب بباب زجاجي.
- كرسي متحرك.
- قضبان على الجدران للارتكاز عليها.
- شماعة ملابس.
- سلة مهملات بغطاء.
- مكيف.

تأهيل الكادر الصحي لتقديم الخدمات الصحية للمسنين :

إن تأهيل الكادر الصحي وبناء قدرات العاملين في الرعاية الصحية الأولية (منسقي البرنامج والمشرفين الفنيين والكادر الطبي في مراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع المناطق والمحافظات الصحية) هو من المستلزمات الأساسية اللازمة لتطبيق البرنامج في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

يتلقى جميع موظفي مراكز الرعاية الصحية الأولية تدريباً أساسياً حول المعرفة والسلوك والمهارات في الكفاءات الأساسية لرعاية صحة المسنين وتعزيز التشيخ النشط والصحي وتدبر الأمراض الشائعة بينهم وأدوية المسنين ومبادئ الرعاية

الصحية الأولية المراعية للسن وذلك من خلال إعداد المدربين ثم تدريب العاملين كما يلي:

١. تدريب المدربين (منسقي البرنامج والمشرفين الفنيين في الرعاية الصحية الأولية في جميع المناطق والمحافظات الصحية) وتأسيس فريق تدريب مؤهل في كل منطقة ومحافظة لتدريب العاملين الصحيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
٢- تدريب الفريق الرئيسي مقدم الخدمات الصحية للمسنين وهم أطباء وممرضوا مراكز الرعاية الصحية الأولية.
٣- تدريب الفريق الطبي المساعد لرعاية المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
٤- التعليم الطبي المستمر للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية.

بناء وتحديث قاعدة بيانات صحة المسنين:

لقد تم تأسيس قاعدة بيانات صحة المسنين بناءً على بيانات حصر المسنين وبيانات صحة المسنين في ملفات مراكز الرعاية الصحية الأولية للعام (١٤٣١هـ/٢٠١٠م) وذلك قبل تطبيق البرنامج وسيتم تحديث البيانات بشكل دوري بناءً على نتائج تقارير الإحصاء السنوية لصحة المسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع المناطق والمحافظات وذلك كما هو مفصل فى التقرير السنوي الأول للبرنامج عام(١٤٣٣ هـ / ٢٠١٠ م)[٦٠].

تطوير الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة:

يتم تطوير الخدمات الصحية المقدمة للمسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بناءً نتائج المسوحات والأبحاث والتقاريرالسنوية الوطنية المتعلقة بصحة المسنين وكذلك بناءً على ما يستجد من توجهات محلية وعالمية ذات علاقة بتعزيز صحة المسنين.

الإعلان عن البرنامج ونشر ثقافة رعاية صحة المسنين:

إن الإعلان عن الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين وعن البرنامج بين الكادر الصحي وفي المجتمع هو أحد ركائز تطبيق برنامج صحة المسنين وذلك بهدف تسليط الضوء على البرنامج ومعرفة توفر خدمات رعاية صحة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية وجذب كبار السن للإقبال عليها وتقوية مشاركة المجتمع لرعاية المسنين و تعزيز صحتهم كما انه أحد الاستراتيجيات الرامية إلى تشجيع تعاون القطاعات المختلفة في تعزيز صحة كبار السن[٣٦].

وقد تم إتباع طرق ووسائل متعددة للإعلان عن الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين وعن البرنامج بين الكادر الصحي وفي المجتمع تضمنت ما يلي:

١- تدريب وتأهيل العاملين الصحيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مجال رعاية صحة المسنين.
٢- المؤتمرات والندوات وورش العمل الطبية المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية وبصحة المسنين داخل وخارج المملكة العربية السعودية.
٣- وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة.
٤- المواقع الالكترونية لوزارة الصحة وللمناطق والمحافظات الصحية ومواقع الكترونية للصحف وجهات أخرى.
٥- حزمة تعزيزصحة المسنين.




٦- الموقع الكتروني للبرنامج حيث قامت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بتأسيس موقع الكتروني تجريبي للبرنامج (www.sagrc.com) بهدف إنشاء وسيلة إعلامية الكترونية لتعزيز صحة ونشر ثقافة رعاية صحة المسنين بين العاملين الصحيين والمجتمع بالإضافة إلى نشر وتحديث المعلومات المتعلقة بصحة المسنين.

تعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط :

إن تعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط هو أحد الركائز الأساسية في تنفيذ الخطة التنفيذية لبرنامج رعاية صحة المسنين وهو أحد أهداف البرنامج حيث أن التشيخ النشط والصحي هو من العوامل المهمة التي تؤثر على كيفية المحافظة على القدرة الوظيفية وتمتع المسنين بالرفاه في الصحة الجسدية والاجتماعية والعقلية وإطالة متوسط العمر الصحي[٢٦].

ولقد تم إعداد حزمة تعزيز صحة المسنين للكادر الصحي وللمسنين أنفسهم ومن يرعاهم وفي المجتمع تشمل ما يلي:

١- مطويات لمواضيع منوعة متعلقة بتعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط.
٢- ملصقات لمواضيع منوعة متعلقة بتعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط.
٣- قائمة تذكيرية لنشاطات المسن اليومية لتعزيز التشيخ النشط والصحي.

كما تم اتباع طرق ووسائل متعددة ومتنوعة لتعزيز صحة المسنين والتشيخ النشط تضمنت ما يلي:

١- نشاطات علمية وترفيهية داخل المراكز الصحية بشكل روتيني كجزء من الرعاية الصحية الشاملة للمسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع المناطق والمحافظات.
٢- نشاطات علمية وترفيهية خلال المناسبات الصحية مثل اليوم العالمي للمسنين وفي مواسم معينة تتطلب رعاية خاصة لصحة المسنين مثل رمضان والحج والسفر....إلخ ، وذلك داخل وخارج المراكز الصحية في جميع المناطق والمحافظات.
٣- نشاطات علمية وإعلامية في وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة والمواقع الالكترونية.

وسيتم شرح مفهوم واستراتيجيات التشيخ النشط في الفصل الثاني.

تقوية الشراكة مع الجهات ذات العلاقة والمهتمة بصحة المسنين :

إن تقوية الشراكة مع الجهات ذات العلاقة والمهتمة بصحة المسنين هي إحدى الركائزالأساسية في تنفيذ الخطة التنفيذية لبرنامج رعاية صحة المسنين والتي تهدف إلى تعزيز صحة المسنين والوصول إلى تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة للمسنين كما أنها إحدى المبادئ الأربعة الأساسية الكامنة وراء نهج الرعاية الصحية الأولية .

وتقوية الشراكة مع الجهات ذات العلاقة يتم من خلال اللقاءات المشتركة وتنفيذ نشاطات مشتركة مع العديد من الجهات الحكومية وغير الحكومية المهتمة بصحة المسنين متمثلة في الإدارات الأخرى بوزارة الصحة ذات العلاقة بصحة المسنين لكل من (المستشفيات والصحة النفسية والاجتماعية والصحة المنزلية والإعلام والتوعية الصحية والطب الوقائي والتمريض) ووزارة الشؤون الاجتماعية والجمعيات الخيرية والجامعات ووزارة التعليم ....إلخ .

وقد تم تفصيل العديد من أنشطة تقوية الشراكة مع الجهات ذات العلاقة والمهتمة بصحة المسنين في التقرير السنوي الأول للبرنامج للعام(١٤٣٣هـ / ٢٠١٢م)[٦١].





توثيق جهود المملكة العربية السعودية فى مجال رعاية صحة المسنين:

إن للمملكة العربية السعودية ممثلةً بالإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة دور ريادي في التخطيط والتنفيذ لتقديم خدمات شاملة ومتكاملة لرعاية صحة المسنين وتوفير كل ما يلزم للإهتمام بمختلف الجوانب الصحية والاجتماعية لكبار السن، فمنذ عام ١٤٣٠هـ/٢٠٠٩م فإن الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية قد بدأت للتخطيط لتوفير الخدمات الصحية التي تقابل الاحتياجات الصحية والاجتماعية للمسنين وأعدت الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين ٢٠١٠-٢٠١٥م» ونفذتها من خلال برنامج رعاية صحة المسنين وحددت مراحل و ركائز الخطة التنفيذية للبرنامج ومستويات تنفيذ البرنامج، ولتحقيق رسالة وأهداف البرنامج فقد تم توفير الخدمات العلاجية والوقائية والتأهيلية للمسنين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تم تأهيلها لتطبيق البرنامج حسب مرتكزات الخطة التنفيذية للبرنامج وذلك كما تم توضيحه أعلاه.

وقد وثّقت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية هذه الجهود محلياً وإقليميا وذلك كما يلي:

أولاً: الإعلان والنشر فى وسائل الإعلام السمعية والبصرية والإلكترونية عن الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠-٢٠١٥م) وعن نشاطات برنامج رعاية صحة المسنين.

ثانياً: إصدار التقرير السنوي الأول للبرنامج للعام (١٤٣٣هـ/٢٠١٢م) والذي تضمن توثيق ونشر كافة الجهود والنشاطات والفعاليات لبرنامج رعاية صحة المسنين خلال الفترة (١٤٣٠-١٤٣٣هـ/٢٠٠٩-٢٠١٢م)[٦١].

ثالثاً: رفع كل من (الدليل الإرشادي للبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية- الطبعة الأولى، والتقرير السنوي الأول لبرنامج للعام ١٤٣٣هـ م ٢٠١٢م، وسجلات وملفات رعاية صحة المسنين ونماذج الإحصاء والإشراف والمتابعة للبرنامج وحزمة تعزيز صحة المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية) إلى معالي وزير الصحة د/عبدالله الربيعة حفظه الله وقد وافق معاليه عليها.

رابعاً: بعد الحصول على موافقة معالي وزير الصحة د/عبدالله الربيعة حفظه الله على مطبوعات البرنامج المذكورة في الفقرة السابقة تم رفع كل من(الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠-٢٠١٥ م).«التقرير السنوي الأول للبرنامج للعام «١٤٣٣هـ م ٢٠١٢م» و «الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية» إلى مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط (EMRO) لتوثيق جهود المملكة العربية السعودية في مجال رعاية صحة المسنين.

وقد راجعت الوحدة التقنية المعنية ببرنامج رعاية المسنين في مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط « الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية» وأوضحت رأيها فيه (ملحق ١)كما يلي : -

١. الثناء على الدور الريادي للسعودية في توفير كل ما يلزم للاهتمام بمختلف الجوانب الصحية والاجتماعية لهذه الشريحة الاجتماعية الموقرة.

٢. وجد المكتب الإقليمي للمنظمة أن هذا الدليل مرجعاً متميزاً للعاملين في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمسنين في السعودية.





٣. سجل المكتب الإقليمي للمنظمة رأيه بأن«الدليل يعتبر إنجازاً علمياً رصيناً يغني المراجع المتخصصة النادرة في هذا المجال بحيث يمكن الاستفادة منه سواء في دول مجلس التعاون أم في دول الإقليم الناطقة بالعربية».

٤. تم إعداد الدليل باللغة العربية بالإستناد إلى أحدث المعلومات والوثائق المرجعية والاستراتيجيات الوطنية والخليجية والإقليمية والعالمية مما وفر إطاراً موحداً لتنفيذ البرنامج المعني برعاية المسنين فى الرعاية الصحية الأولية في كل مناطق المملكة (ملحق١).

وقد تم أخذ ملاحظات مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط على الدليل بعين الاعتبار عند تحديثه ومراجعته وإعداد الطبعة الثانية وفق الجدول الزمني والمعايير المتبعة للبرنامج.

كما أن مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط (EMRO) قد راجع «الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين في المملكة العربية السعودية (٢٠١٠ -٢٠١٥م)» ورأى أنها (وثيقة شاملة أُعدت بعناية واستندت في روحها ونصها إلى مراجع حديثة هامة وطنية وإقليمية وعالمية) (ملحق٢).

البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين فى الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة:

لقد تم إعداد البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين بهدف استخدامه كوسيلة فعالة لتقديم الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين حسب الاحتياجات الأساسية لرعاية المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية وتم اعتماد وإدراج نهج إكلينيكي منظم مبني على البراهين موصى به من قبل الجهات المهتمة بصحة المسنين ويتضمن أدوات ونماذج معيارية لفرز وتقييم المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين في الرعاية الصحية الأولية[٣ - ٩، ١٤ - ١٨، ٢٤ - ٣٥، ٣٨،٥٥-٥٩].

الإطار العام للبرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين :

يتضمن الإطار العام للبرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية ما يلي:-

أولاً: إتباع نهج الشمولية لتلبية احتياجات المسنين الصحية والنفسية والاجتماعية.

ثانياً: تحديد مدى الخدمات الصحية الشاملة العلاجية الوقائية والتاهيلية المقدمة في الرعاية الصحية الأولية.

ثالثاً: تأسيس نهج وطني لتدبرالمسنين فى الرعاية الصحية الأولية.

رابعاً: إستخدام أدوات فرز وتقييم معيارية موصى باستخدامها في الرعاية الصحية الأوليةلفرزالمشاكل الصحية الشائعة بين المسنين.

خامساً: تعزيز العناية الذاتية للمسن وإشراك المسن وراعي المسن في رعاية صحة المسن في المجتمع.

سادساً: مراقبة نتائج التقييم والفحص الشامل الدوري السنوي للمسنين.

سابعاً: متابعة التغيرفي نمط المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية.

ثامناً: المحافظة على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية.





تاسعاً: إدراج خدمات رعاية المسنين ضمن الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية:

لقد تم تحديد مدى الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة المقدمة للمسنين بشكل يتماشى مع التوجهات والتعليمات والاحتياجات الوطنية في مراكز الرعاية الصحية الأولية ضمن نطاق إمكانيات الرعاية الصحية الأولية وبناءً على سياسات وإجراءات العمل فيها وعلى سياسة تقديم الرعاية المشتركة لهم بين الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات.

وحيث أن إتباع نهج منظم للتقييم سيساعد مقدمي الخدمات الصحية (الطبيب والممرض) على تقديم الرعاية الصحية الشاملة للمسنين ويغطي جميع الجوانب المهمة ويربط نتائج التقييم والفحص الشامل للمسنين بخطة العلاج لذا فقد تم انتقاء وتحديد مكونات الفحص الإكلينيكي وتقييم صحة المسنين وعلاجهم ومتابعتهم بمراكز الرعايةالصحية الأولية وتم إدراجها في سجل الفحص الشامل عند الزيارة الأولى وفيسجل الفحص الدوري السنوي ونموذج المتابعة وفقاً لإرشادات وتوجهات معايير علمية ومطبقة عالية الجودة ذات كفاءة ومقدرة مختبره أوصت بها العديد من المصادر الطبية المعنية بصحة المسنين.

لقد تم تصميم السجل الصحي الشامل للمسن بإتباع منهج الإدارة العامة للمراكز الصحية في إعداد السجلات والملفات لفحص ومتابعة المرضى في برامج الرعاية الصحية الأولية بالإضافة إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية وإرشادات جهات علمية أخرى مهتمة بصحة المسنين لفحص المسنين في الرعاية الصحية الأولية[١-٤١، ٥٥-٦٠] وذلك لتقديم رعاية صحية شاملة للمسنين. وتتضمن هذه الخدمات ما يلي:

١- الخدمات العلاجية Curative services
٢- الخدمات الوقائية Preventive services
٣- الخدمات التأهيلية Rehabilitation services

الخدمات العلاجية Curative services :

بوضع خطة العلاج الدوائي وغير الدوائي للأمراض الشائعة بين المسنين :

١- العلاج الدوائي: علاج المشاكل الصحية المكتشفة لدى المسنين وصرف الأدوية المناسبة لهم حسب ما يتوفرفي قائمة الأدوية الأساسية للرعاية الصحية الأولية المعدة من قبل الإدارة العامةلشؤون المراكز والبرامج الصحية[٥٦].
٢- العلاج غير الدوائي: تعزيز صحة المسنين من خلال التثقيف الصحي.
٣- الإحالة: إحالة المسنين إلى رعاية طبية ثانوية أو رعاية اجتماعية في المستشفيات عند الحاجة للتأكد من التشخيص أو للحصول على مستوى خدمات علاجية أعلى أو إلى دور الخدمة الإجتماعية.
٤- الرعاية الصحية المشتركة: بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات ومراكز التأهيل للمسنين الذين تم إحالتهم للحصول على مستوى رعاية أعلى.

الخدمات الوقائية Preventive services :

تتضمن إتباع الأساليب الوقائية في خدمات صحة المسنين وتشمل تعزيز صحة المسنين بتبني وإتباع عدة إستراتيجيات وقائية تشمل ما يلي:

أولاً: الفرز الشامل للمسنين بهدف الإكتشاف المبكر للمشاكل الصحية (البدنية والعقلية والإجتماعية) وعوامل خطر الإصابة بالأمراض غير المعدية.فمن خلال الفحص الشامل





السنوي للمسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية يتم فرزها بإستخدام أدوات فرز وتقييم قياسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن تشمل :

١- تقييم المسنين لأكثر المشاكل الصحية شيوعاً بينهم وهي أربع متلازمات عملاقة للشيخوخة وهي :

أ- فقدان الذاكرة　　　ب- الاكتئاب

جـ- سلس البول　　　د- السقوط

٢- تقييم القدرة الوظيفية واستقلالية أداء الوظائف اليومية الأساسية.

٣- تقييم قدرة السمع والبصـــــر.

٤. تقييم فقد الوزن الحـــــــاد.

بالإضافة إلى كل من :

١. فرز المسنين لإستكشاف الأمراض المزمنة الشائعة (تشمل إرتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية).
٢. فرز المسنين لتحديد عوامل الخطورة لأسباب المراضة والوفيات والإعاقة الشائعة بين المسنين (تشمل السمنة وارتفاع الدهون في الدم والتدخين).
٣. فرز المسنين للمشاكل الإجتماعية وسوء معاملة المسن والعزلة الإجتماعية.

ثانياً: التطعيمات الوقائية للمسنين حسب الحاجة في موسم الحج والشتاء والسفر.

ثالثاً: التوعية والتثقيف الصحي لمواضيع هامة متعلقة بصحة المسنين لرفع مستوى وعيهم وذويهم بالمشاكل الصحية للمسنين وطرق الوقاية.

ويشترك بتقديم التثقيف الصحي كل من يقدم خدمات رعاية المسنين بالمركز الصحي شاملاً الطبيب والممرض والأخصـــائي الإجتمــاعي وأخصائي التغذية والصيدلاني .....إلخ .
ويتم إتباع إستراتيجيات متعددة عند تقديم التوعية والتثقيف الصحي لكبار السن متضمناً الوسائل السمعية والبصرية والالكترونية تشمل مايلي :

١.التثقيف للمسن ومرافقة وجهاً لوجه.
٢.المشورة ويتم التركيز على ثلاثة عوامل خطورة مشتركة لمعظم الأمراض المزمنة وتشمل :

- المشورة لقلة النشاط والرياضة.
- المشورة للتغذية الغير صحية.
- المشـــورة للإقلاع عن التدخين.
- المنشورات التثقيفية والمطويات والبوسترات.
- محاضرات توعوية بالفيديو من خلال شاشة تلفزيونية في صالة الإنتظار بالمركز.
- إخبـــارالمسن عن الموقع الإلكتروني للبرنامج لمعرفة المزيد من المعلومات والإستفادة مما يقدمه الموقع للمسنين والمجتمع.

الخدمات التأهيلية Rehabilitation services :

تنسيق الرعاية التأهيلية لكبار السن والإحالة لتدبر المشاكل الصحية والإعاقات التي تحتاج إلى رعاية ثالثية كما يلي :

١. إحالة المسنين للمؤسسات المعنية بتقديم الأجهزة المساعدة للمسنين حسب حالة المسن ونوع الإعاقة .
٢. إحالة المسنين إلى مراكز العلاج الطبيعي حسب الحاجة .

محاور الرعاية الصحية الكاملة والشاملة للمسنين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية:

١- الصحة الجسدية.
٢- الصحة العقلية والإدراك.
٣- الصحة النفسية.
٤- الرعاية الاجتماعية.
٥- السلامة المنزلية.

تدبر المسنين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية :
Management of the elderly in the primary health care

يمر المسن بتغيرات فسيولوجية مصاحبة للشيخوخة (Normal ageing physiological changes) قد تُخفى أو تتداخل مع الصورة الإكلينيكية للعديد من المشاكل الصحية للمسنين وقد تظهر بعض الأمراض لديهم بشكل إكلينيكي غير شائع (Unusual presentation of some diseases) لذا ففي الزيارة الأولى للمسنين يجب على الأطباء والممرضين التمييز بين التغيرات الطبيعية المصاحبة للشيخوخة وبين الأمراض الشائعة للمسنين مثل عمالقة الشيخوخة الأربعة(Four Geriatric Giants)والتي قد يكون اكتشافها وتشخيصها ليس سهلا في بعض الأحيان[٦] .

إن تدبر المرضى كبار السن في الرعاية الصحية الأولية يشمل تشخيص وعلاج المرض والوقاية منه ، فهو يتضمن التوصل إلى تشخيص المرض ومصاحبات المرض (Disease and co-morbibities) والعلاج والتخطيط والتنظيم للرعاية والخدمات الطبية والتمريضية المقدمة لكبار السن.

إن التوصل إلى التشخيص يحتاج إلى معرفة ومهارات إكلينيكية ويكون من خلال الدراية بالتغيرات الطبيعية وغير الطبيعية المصاحبة للشيخوخة وبطبيعة المشاكل الصحية للمسنين (تعدد الأمراض ومتلازمات الشيخوخة) وبالأعراض والعلامات الشائعة وغير الشائعة بين المسنين. ويمكن للطبيب الوصول إلى تشخيص لمشاكل كبار السن الصحية بإتباع النهج الإكلينيكي المنظم والشامل (التاريخ المرضي والاجتماعي والدوائي والتقييم الشامل للمسنين والفحص الإكلينيكي المفصل والفحوصات والتحاليل) باستخدام ملفات وسجلات تتضمن نهج منظم لجمع المعلومات الإكلينيكية وشاملاً أدوات تقييم وتشخيص معيارية. والعلاج يكون من خلال وضع خطة العلاج التي تشمل العلاج الدوائي وغيرالدوائي والمتابعة. والوقاية تشمل الوقاية من حدوث المرض والمضاعفات .

لذا فإن تدبر المشاكل الصحية للمسنين في الرعاية الصحية الأولية وفي مقدمتها الأمراض الشائعة بين المسنين (مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والخرف) يكون موجه نحو الاكتشاف المبكر وتخفيف الأعراض وتأخير تطور المرض والوقاية من حدوث المضاعفات و إطالة العمر الصحي -(Management is directed at early diagnosis, relief of symptoms, retarding disease progression, prevention of complication and increasing healthy life-expectancy. كما أن محور تدبر كبار السن هو التركيز على المحافظة على القدرة الوظيفية للمسن وليس على الشفاء (Focus on function rather than cure)[١٤،٣٥].

إن البرتوكول الوطني لتدبر المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية يتضمن أخذ التاريخ الديموغرافي والاجتماعي والمرضي وعمل الفرز والتقييم الشامل و الفحص لإكلينيكي وإجراء الفحوصات المخبرية وتحديد قائمة المشاكل الصحية والتشخيص ووضع خطة العلاج والمتابعة وذلك كما هو مفصل في ملف الفحص الشامل وملف الفحص الدوري السنوي للمسنين والتي سوف يتم عرضها وشرحها لاحقاً في هذا الفصل.

وسيتم ذكر المزيد من التفاصيل عن دور الرعاية الصحية الأولية في رعاية صحة المسنين في الفصل الثاني ، كما ستذكر تفاصيل الرعاية الصحية للمسنين في الفصل الثالث.

تقييم المسنين فى الرعاية الصحية الأولية :

يتضمن تقييم المسنين جميع الجوانب من التاريخ الطبي التقليدي بما في ذلك المشكلة الرئيسية والمرض الحالي والمشاكل الطبية السابقة والحالية وتاريخ الأسرة الطبي والتاريخ الاجتماعي والبيانات الديموغرافية ومراجعة وظائف أجهزة الجسم. ولكن النهج المتبع في أخذ التاريخ والفحص البدني ينبغي أن يكون خاص بكبار السن[١٨].

إن تقييم المسنين هو تقييم متعدد الأبعاد ومتعدد التخصصات يهدف إلى تقييم قدرة المسن الوظيفية والصحة البدنية والإدراك والصحة النفسية والظروف الاجتماعية والتوازن[١٤، ١٨، ٣٥]. كما يتم تقييم المسن لجوانب صحية أخرى تشمل التغذية والبصر والسمع وسلس البول وهشاشة العظام والإفراط الدوائي[١٨].

يساعد تقييم المسنين على الاكتشاف المبكر للمشاكل الصحية وتشخيص الحالات الطبية ووضع خطة العلاج والمتابعة وفي تنسيق تدبر الرعاية وتقييم احتياجات الرعاية الطويلة الأجل وخفض معدل الإصابة بمضاعفات المشاكل الصحية المكتشفة[٧، ١٨، ١٤].

يختلف تقييم المسنين عن أي التقييم الطبي المعتاد بأنه يتضمن تقييم المجالات غير الطبية من خلال التركيز على القدرات الوظيفية ونوعية الحياة بتعاون فريق متعدد التخصصات يتضمن الأطباء والتمريض وأخصائي الخدمة الإجتماعية والتغذية والعلاج الطبيعي. وعادة ما ينتج عن هذا التقييم قائمة بالمشاكل الصحية والوظيفية والنفسية والاجتماعية لدى المسن[٣٥].

وبسبب احتياجات العمل الإكلينيكي المزدحم والمشغول فإن معظم تقييم المسنين يميل إلى أن يكون أقل شمولية وموجه أكثر للمشكلة، فعندما تكون هناك عدة جوانب لدى المسن تحتاج إلى تقييم فأنه يجب النظر في عمل التقييم له على مدى عدة زيارات، ويستهدف التقييم فرز مشكلة صحية واحدة في كل زيارة للعيادة حتى يتم تغطية فرز جميع المشاكل الصحية[١٨].

فرز الإدراك والصحة النفسية للمسنين فى الرعاية الصحية الأولية:

الاكتئاب :-

لقد أوصى فريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكي (U.S. Preventive Services Task Force -USPSTF) بفرز البالغين عن الاكتئاب إذا توفرت نظم للرعاية.ومن بين عدة أدوات المصدقة (Validated) لفرز الاكتئاب فإن مقياس اكتئاب المسنين (Geriatric Depression Scale - GDS) هو الأسهل استخداماً والأكثر قبولاً على نطاق واسع[١٨]. وقد أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدام المقياس (GDS) المكون من ١٥سؤال لفرز الاكتئاب لدى المسنين في الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن[٥].

الخـــرف :-

إن الاكتشاف والتشخيص المبكر لإضطراب الذاكرة والخرف يساعد الأطباء على تحديد المرضى الذين قد يستفيدون من العلاج الدوائي في الوقت المناسب بالإضافة إلى تحديد من هم في حاجة إلى دعم إضافي، كما يساعد الأسر على توقع احتياجات المريض والاستعداد للمستقبل[١٨،٢٥]. ويمكن أن يساعد أيضا في تدبر الأعراض الأخرى التي غالباً ما تصاحب المراحل المبكرة من الخرف مثل الاكتئاب والتهيج وحدة الطبع[١٨].

إن ٥٠٪ فقط من حالات الخرف يتم تشخيصها من قبل الأطباء[١٨]. إن تمييز اضطراب الإدراك من قبل أطباء الرعاية الصحية الأولية يتأثر سلبا مع خصائص مهمة للمريض وللمرض، وقد يُضيع الأطباء اكتشاف الخرف بسبب مستوى التعليم المنخفض للمرضى وعدم قدرتهم على التحدث باللغة الانجليزية[٢٤] (وهي اللغة الأصلية لمعظم اختبارات فرز الخرف)، لذا فإنه ليس من السهل اختيار فحص مناسب لفرز اضطراب الذاكرة والخرف في الرعاية الصحية الأولية، ولم يتوفر دليل شامل لكيفية تقييم اضطراب الإدراك لاختيار أنسب أداة فرز للخرف مقننه علمياً لتستخدم في الرعاية الصحية الأولية إلا مؤخراً عندما تمت مراجعة العديد من

الدراسات والبحوث المتعلقة بأدوات الفحص الوجيزة للخرف وصدرت عدة مقالات بهذا المجال[١٠، ٣٦، ٣٧، ٥٥، ٦٠] . كان هدف أحد هذه الدراسات هو مراجعة البحوث وعمل تقييم إكلينيكي لأكثر أدوات فرز الخرف وهي أدوات الفرز التالية :

١- تقييم الطبيب العام للإدراك- General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)
٢- فرز اضطراب الذاكرة - Memory Impairment Screen (MIS)
٣- فحص الإدراك المختصر - Mini-Cognitive Assessment Instrument (Mini-Cog)
٤- فحص الحالة العقلية المختصر - Mini–mental state examination (MMSE)

وأشارت نتيجة هذه الدراسة إلى أن أدوات الفرز الثلاث الأولى (Mini-Cog و MIS و GPCOG) هي أدوات موجزة وسهلة التنفيذ ومقبولة اكلينيكياً وفعالة ولديها الحد الأدنى من التأثر بمستوى التعليم والنوع والعرق وأن هذه الأدوات الثلاث لها خصائص نفسية وجسدية (Psychometric properties) مماثلة للأداة (MMSE). واستنتجت هذه الدراسة أنه على الرغم من شيوع استخدام (MMSE) إلا أن أدوات الفرز (Mini-Cog و MIS و GPCOG) تماثله قوة لتقييم الخرف إكلينيكاً ونفسياً وجسدياً وأنها أكثر ملائمة للاستخدام الروتيني في الرعاية الصحية الأولية[٣٧]. وأوصت دراسة أخرى بأن يستخدم الأطباء العموميين إحدى هذه الفحوصات الثلاثة لفرز اضطراب الذاكرة أو لاكتشاف حالة[٥٥].

ودليل آخر لاختيار أنسب أداة فرز للخرف في الرعاية الصحية الأولية قدمته مجموعة خبراء تابعة لرابطة الزهايمر حيث قامت بمراجعة العديد من الدراسات عن أدوات فرز مختصرة للخرف. ميزت الدراسة الأولى (١٣) فحصاً ممكن أن تُنفذ في أقل من عشر دقائق تم التحقق من صحتها (Validated) في عينة واحدة على الأقل من كبار السن. كما تمت مراجعة فحوصات الفرز القصيرة جداً والتي تستغرق أقل من دقيقتين لإتمامها وتشمل فحص رسم الساعة (Clock drawing test) وفحص الوقت وصرف العملة (Time and change test) وفحص التهجئة العكسية لأحرف كلمة «عالمي» (Spells "world" backwards).وبالرغم من أن الدراسة وجدت أن فحص رسم الساعة له أفضل نسبة دقة (the best accuracy) بين هذه الفحوصات القصيرة إلا أنه لم يعتبر أي هذه الفحوصات يمكن الاعتماد عليه (Reliable) أو دقيق (Accurate) لدرجة كافية للاستخدام الروتيني الإكلينيكي. وأشارت المقالة بأن هذه الدراسات استنتجت بأنه من بين الفحوصات التي تستغرق ٢-٥ دقيقة لتنفيذها فإن ثلاث أدوات فرز لاضطراب الذاكرة فقط وهي الثلاث فحوصات المذكرة أعلاه (Mini-Cog و MIS و GPCOG) لها دقة (Accuracy) مماثلة أو أفضل من MMSE) - (جدول٤) وهي مصدقة (Validated) في مجال الرعاية الصحية الأولية[٣٦].

جدول٤: دقة بعض أدوات فرز للخرف[٣٦] Accuracy of some of dementia screening tests

خصوصية specificity	حساسية sensitivity	أدوات تقييم إضطراب الذاكرة تنفذ فى ٢-٥ دقيقة
70%	82%	GPCOG
91%	86%	MIS
92%	91%	MMSE
93%	99%	Mini-Cog

كما أن مقارنة فحص (Mini-Cog)مع فحص (MMSE) بينت بأن تنفيذ (Mini-Cog) أسرع[٣٦، ٥٥، ٦٠] (٣,٢)دقيقة[٣٦، ٦٠] بينما (MMSE) يحتاج تنفيذه إلى (٣-٧) دقيقة فى المرضى غير المصابين بالخرف[٣٦].

كما أوضحت نتائج دراسة أخرى بأن إستخدام فحص (Mini-Cog) يحسن من تمييز وكشف اضطراب الإدراك فى الرعاية الصحية الأولية وبخاصة فى المراحل الأولى وفى كبار




السن المعرضين للتفاوت فى جودة الرعاية الصحية بسبب عوامل إجتماعية وديموغرافية حيث أن المستوى التعليمي للمريض وعدم إجادته اللغة الانجليزية لها أثر ضئيل أو معدوم على نتائج فحص (Mini-Cog)[١٠،٣٧].

وبذلك يتبين بأنه من بين اختبارات الفرز المتعددة والمتاحة لتقييم خلل الإدراك فإن أداة فحص الإدراك المختصر(Mini-Cog test) هي الاختبار المفضل لطبيب العائلة لأنها تتميز بما يلي:

١- السرعة (Speed)
٢- السهولة (Convenience)
٣- مصدقة (Validated)
٤- الدقة (Accuracy)
٥- لا يتطلب الطلاقة في اللغة الإنجليزية(Does not require fluency in English).

لذا فقد أوصت المقالة بأن فحص(Mini-Cog) هو المفضل فى مجال الرعاية الصحية الأولية[١٠،٣٦،٣٧] وهو مثالي للإستخدام في مراكز الرعاية الصحية الأولية حتى لو كانت مزدحمة[١٠،١٨،٣٦،٣٧،٥٥،٦٠].

الظروف الاجتماعية والبيئية :

وفقاً للدراسة الوطنية لصحة المسنين فى ٢٠٠٩م فإن(٣,٣٪) فقط من المسنين يعيشون بمفردهم لذا فان الغالبية العظمى من المسنين السعوديين يعيشون مع عوائلهم وأقاربهم ويتلقون رعايتهم في المجتمع[٢٢].

ووفقاً لمكتب الإحصاء الأميركي فإن ما يقرب من(٧٠٪) من البالغين بعمر٦٥ سنة وما فوق يعيشون مع أزواجهم أوالأسرة الممتدة، و(٣٠٪) يعيشون وحدهم.إن تحديد ترتيبات المعيشة الأكثر ملائمة للمرضى كبار السن هوجزئية مهمة في تقييم المسنين. وعلى الرغم من أن خيارات السكن لكبار السن تختلف على نطاق واسع إلا أن هناك ثلاث خيارات أساسية وهي المنازل الخاصة في المجتمع ومساكن بمساعدة ومرافق تمريضية مؤهلة (مثل مستشفيات إعادة التأهيل ودور العجزة). إن العوامل التي تؤثر على الظروف الاجتماعية والبيئية للمريض تشمل شبكة التواصل والتفاعل الاجتماعي وموارد الدعم المتاحة والاحتياجات الخاصة وسلامة البيئة[١٨].

تقييم وفحص المشية والتوازن للمسنين والاستقلالية:

إن اضطرابات المشية والتوازن (Gait and balance disorders) شائعة بين كبار السن، وهي السبب الرئيسي للسقوط في هذه الفئة من السكان، فهي مرتبطة بزيادة معدلات الاعتلال والوفيات، وبخفض مستوى حركة المسنٍ وبمستوى الأداء الوظيفي لنشاطاته اليومية[٥٧]. إن الخلل في التوازن عند كبار السن غالباً ما يظهر على شكل سقوط أوالإصابات الناتجة عن السقوط[١٨]. والأسباب الشائعة تشمل إلتهاب المفاصل وانخفاض ضغط الدم الوضعي (Postural hypotension)، إلا أن معظم اضطرابات المشية و التوازن لها مسببات عدة. معظم التغييرات في المشية ترتبط مع الظروف الطبية الكامنة وينبغي أن لا تُعتبر نتيجة حتمية للشيخوخة[٥٧].

ينبغي على الأطباء الذين يتولون رعاية المرضى كبار السن السؤال عن السقوط، وأن يفحصوا المسن لصعوبات في المشية والتوازن مرة واحدة على الأقل سنويا. أما كبارالسن الذين يُبلّغون عن السقوط فإنه ينبغي على الأطباء سؤالهم عن الصعوبات في المشيةوالتوازن، كما ينبغي مراقبة أي اختلال في المشية والتوازن أثناء تحرك المسن في العيادة.إن اختبار قف-أذهب الموقوت (Timed Up and Go test) هوأداة تشخيصيةسريعة وموثوق بها.إن الأشخاص الذين لديهم صعوبة أو عدم ثبات عند أداء هذا الاختبار يحتاجون إلى مزيد من التقييم لتوضيح عاهات المشية والأداء الوظيفي المحدود ذا الصلة بالمشية ،





والإستراتيجية الأكثرفعالية لمنع السقوط تشمل تقييم العوامل المتعددة لإضطراب المشية وتليها التدخلات المستهدفة لتحديد العوامل المساهمة[٥٧] . كما أن اختبار رومبرغ (Romberg test) والذي يستخدم لفحص التوازن والتحكم بوضعية الوقوف (Postural control test)عادة عندما يتم إغلاق العينين، والمريض لا يمكن تحديد موقع الطرف في الفضاء. عدم القدرة على الوقوف مع القدمين مضمومتين بينما العينين مغلقتين (اختباررومبرغ) يشير إلى ضعف الحس بالموضع (Impaired position sense) في الأطراف السفلية[٥٨].وسيتم تفصيل شرح فحص وتقييم المسنين في الفصل الثالث.

البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين فى الرعاية الصحية الأولية :

يهدف البرتوكول الوطني لتدبر المسنين إلى تحقيق أهداف البرنامج من خلال الاكتشاف المبكر لمشاكل المسنين الشائعة بينهم وعلاجها لمنع مضاعفاتها والمحافظة على الصحة الجيدة لكبار السن وتمتعهم بالرفاه الصحي وبالتشيخ النشط.

لقد أعدت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية برتوكول وطني لرعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية وهو برتوكول ذا نهج علمي منظم مبني على البراهين يتضمن أدوات ومعايير قياسية موصى بها من قبل الجهات العلمية المختصة والمهتمة بصحة المسنين[١- ٤١، ٥٥،٥٧، ٥٨، ٦٠]. وقد تمت مراجعة هذا البرتوكول من قبل اللجنة العلمية المكونة من استشاريين في طب الشيخوخة وطب الأعصاب وطب الأسرة من أعضاء اللجنة الوطنية لصحة المسنين. وحيث أنه سيتم استخدام مصطلح «متلازمات الشيخوخة» في هذا البرتوكول لذا فإنه من الجدير بالذكر التوضيح بأن أخصائيي أمراض الشيخوخة قد تبنوا مصطلح «متلازمة الشيخوخة» واستخدموه على نطاق واسع لتسليط الضوء على ميزات فريدة للمشاكل الصحية الشائعة لدى كبار السن والتي لا تنتمي إلى تصنيف مرض منفصل. إن المصطلح «متلازمات الشيخوخة» يشير إلى مشاكل صحية شائعة وخطيرة لدى كبار السن لها تأثير على الأداء الوظيفي والحركي للمسن وعلى نوعية حياته ومنها الهذيان (Delirium) والخرف (Dementia)والاكتئاب (Depression)والسقوط(Falls) وسلس البول (Urinary incontinence) والوهن (Frailty) والدوخة (Dizziness) والإغماء (Syncope)[٣٤]. وسيتم ذكر المزيد من التفاصيل عن متلازمات الشيخوخة في الفصل الثالث.

يتضمن نهج منظمة الصحة العالمية لتدبر المسنين في الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن ما يلي[٥]:

١- مهارات التواصل مع المسنين Communication skills with elderly

٢- تعزيز الصحة المراعي للسن Age-friendly health promotion

٣- المكونات الإكلينيكية الأساسية لتقييم وتدبر المسنين
Core components of geriatric clinical assessment and management

مهارات التواصل مع المسنين Communication skills with elderly

إن ممارسة الكادر الطبي لمهارات التواصل مع المسنين هو من أساسيات تدبر المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن وذلك من خلال تحسين مستوى معرفة ووعي كافة الكادرالطبي لهذه المهارات مما سينتج عنه زيادة إقبال المسنين على عيادة رعاية صحة المسنين واستجابتهم لتوجيهات وتعليمات الأطباء والممرضين عند تقديم الخدمات العلاجية والوقائية والتاهيلية لهم في الرعاية الصحية الأولية[٥].

تعزيز الصحة المراعي للسن Age-friendly health promotion

للعاملين الصحيين في مجال الرعاية الصحية الأولية دور كبير في تعزيز الصحة المراعي للسن من خلال اتباع النهج والأدوات اللازمة لتوفير الخدمات الوقائية، وبخاصة عند تقديم مشورة سلوكية موجزة تستهدف ثلاثة عوامل خطورة شائعة للأمراض المزمنة لدى المسنين وهي التدخين وقلة النشاط البدني والنظام الغذائي غير الصحي[٥].

المكونات الإكلينيكية لتقييم وتدبر المسنين
Core components of geriatric clinical assessment and management

المكونات الأساسية لتقييم وتدبر المسنين تشمل ما يلي:

١- الفحص الإكلينيكي العام.

٢- تقييم وتدبر المشاكل الصحية الشائعة لدى المسنين.

٣- التقييم الاكلينيكي وتدبر مرضين مزمنين رئيسيين وهما ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري.

إن الفحص الإكلينيكي العام يتضمن فحصاً إكلينيكياً شاملاً للمسن متضمناً فحص جميع أجهزة الجسم بالإضافة إلى طريقة المشية والتوازن والحركة بهدف اكتشاف المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين «متلازمات الشيخوخة» وتقييم مدى استقلالية المسن في أداء الوظائف اليومية الأساسية. وبما أن صحة كبار السن تعتمد على عدة عوامل وقد تكون الشكوى الصحية لديهم معقدة لتأثرها بعدة عوامل صحية (جسدية وعقلية ونفسية واجتماعية)[٦] لذا فإنهم أحياناً يعانون من مشاكل صحية وظروف اجتماعية متعددة ومعقدة وقد يتقدم المسنين بشكوى غامضة مثل «دوخه - Dizziness»[٥]، إن أعراض الارتباك (Confusion) لدى المسن قد لا تكون بسبب مشكلة عصبية وإنما قد يكون سببها إلتهاباً ما[١٨].

لذا فمن الصعب تشخيص وعلاج الأعراض المتشابكة والمتداخلة لدى المسنين خلال الوقت المحدود المتاح في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية. ومعظم المشاكل الصحية للمسنين هي مشاكل مزمنة ويجب فرزها واكتشافها وتدبرها مبكراً لمنع حدوث مضاعفات وإعاقات يمكن تجنبها مثل «بتر القدم السكرية». وحيث أنه من غير الممكن ضم كل وسائل التقييم والعلاج اللازمة لتدبر المشاكل الصحية والاجتماعية للمسنين في الرعاية الصحية الأولية لذا فقد ركزت منظمة الصحة العالمية على استراتيجية التقييم والتدبر الإكلينيكي الأساسي لأربعة «متلازمات شيخوخة» الأكثر شيوعا وأطلقت عليها مصطلح «عمالقة الشيخوخة الأربعة» (Four Geriatric Giants). وتشمل:-

١- فقدان الذاكرة	Memory loss
٢- سلس البول	Urinary incontinence
٣- الإكتئاب	Depression
٤- السقوط/ عدم الحركة	Falls / Immobility

وذلك بالإضافة إلى تشخيص وعلاج ارتفاع ضغط الدم والسكري لكونهما سببين رئيسين لجزء كبير من الأمراض والإعاقات لدى كبار السن[٥].

وحالياً يتم فى مراكز الرعاية الصحية الأولية فرز وتشخيص وعلاج ومتابعة المسنين الذين لديهم مرض ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري بإتباع سياسات وإجراءات العمل في عيادة الأمراض المزمنة المُضَمّنة في دليل سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للرعاية الصحية الأولية الذي أعدته الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة[٥٦].




إجراءات البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية :

بما أن نهج الإجراءات الإكلينيكية المنظمة هووسيلة فعالة لاكتشاف وتقييم وتدبر المسنين، لذا فقد تبنت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية نهج منظمة الصحة العالمية لتدبر المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين في الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن وذلك ضمن البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين في الرعاية الصحية الأولية ، وهو نهج يتبع مساراً متدرجاً لإجراءات إكلينيكية منظمة إبتداءً من عمل الفرزالمتدرج ومرورا بتحديد المشكلة الصحية حتى تدبر ومتابعة المشاكل المكتشفة المتدرج لدى المسنين باستخدام أدوات تقييم وفرز معيارية. وبما أن مراكز الرعاية الصحية الأولية تتباين في عدد العاملين الصحيين من الأطباء والتمريض لذا فان تمت التوصية لأدنى مستوى من العاملين الصحيين بإستخدام أدوات تقييم المسنين في الرعاية الصحية الأولية ٥.

وتشمل إجراءات البرتوكول الوطني لرعاية صحة المسنين أربع خطوات كما يلي:

الخطوة الأولى : الفرز الشامل Step 1: Comprehensive screening: -

١. يتم عمل فرز شامل للمسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية بواسطة ممرض مُدرب وباستخدام أداة الفرز الشامل للمسنين (Comprehensive geriatric screening)٥.

٢.يتم فرز وتقييم المسنين للمشاكل الصحية الرئيسية الشائعة بينهم في الرعاية الصحية الأولية باستخدام أداة الفرز الشامل للمسنين٥ الموضحة في ملف الفحص الشامل وملف الفحص الدوري السنوي للمسنين في مراكز الرعاية الصحية الاولية والتي سيتم عرضها في الفقرة التالية.

٣. يتضمن الفرز الشامل للمسنين تقييم وفرز المسنين لما يلي :ـ

أ. عمالقة الشيخوخة الأربعة (فقدان الذاكرة /Memory loss وسلس البول/ Urinary incontinence والاكتئاب/Depression والسقوط/ Falls وعدم الحركة/Immobility

ب. مشاكل في أداء الوظائف الأساسية وأنشطة الحياة اليومية.

جـ. مشاكل في التغذية والسمع والبصر.

٤. إذا كان الفرز إيجابياً لأي مشكلة يجب إحالة المسن للطبيب لاتخاذ التدبر المناسب للمشكلة.

٥. يجب توفير الخصوصية للمسن قدر الإمكان٥.

الخطوة الثانية: تقييم المشكلة المكتشفة Step 2: Assessment of the identified problem:

يقيّم الطبيب المشكلة المكتشفة من خلال ما يلي:

١- التاريخ المرضي المفصل وذلك كما ورد في ملف الفحص الشامل وملف الفحص الدوري السنوي.

٢- الفحص الإكلينيكي الشامل وذلك كما ورد في ملف الفحص الشامل وملف الفحص الدوري السنوي.

٣- تقييم المسن باستخدام أدوات الفرز المناسبة وذلك كما يلي:ـ

أ. فرزفقدان الذاكرة/ Memory loss - باستخدام أداة الفرزالمساة بفحص الإدراك المختصر(MINI- COG)١٨ .

ب. فرزالإكتئاب/ Depression-باستخدام أداة الفرز (GDS)٥.

جـ. فرزسلس البول٥ Urinary incontinence.

د. السقوط/ عدم الحركة٥ Falls/ immobility٥.

وأدوات الفرز هذه مُضَمّنة في ملف الفحص الشامل للمسنين وملف الفحص السنوي الدوري للمسنين.

Step 3: Diagnosis, treatment and education الخطوة الثالثة: التشخيص والعلاج والتثقيف

- تحديد قائمة المشاكل[١٨].
- التوصل إلى تشخيص.
- وضع خطة العلاج[٥] وذلك كما هو مفصل في ملف الفحص الشامل وملف الفحص السنوي الدوري للمسنين.
- التثقيف الصحي للمسنين ومن يرعاهم بالمنزل.
- إحالة المريض للتخصص المناسب في المستشفى عند الحاجة[٥].

يحدد الطبيب قائمة المشاكل لدى المسن بعد أن يتم الحصول على بيانات التقييم وتسجليها للسماح لجميع أعضاء فريق رعاية المسنين بسهولة الوصول إلى المعلومات. وتتضمن قائمة المشاكل لدى المسن أي مشكلة صحية أواجتماعية أوحدث يحتاج إلى رعاية جديدة أو قائمة[١٨].

Step 4: Follow-up الخطوة الرابعة: المتابعة

- تقييم الاستجابة وتأثير العلاج.
- اكتشاف ما يستجد من مشاكل صحية.
- تحديث التدبر الإكلينيكي كما تستدعي حاجة المسن.

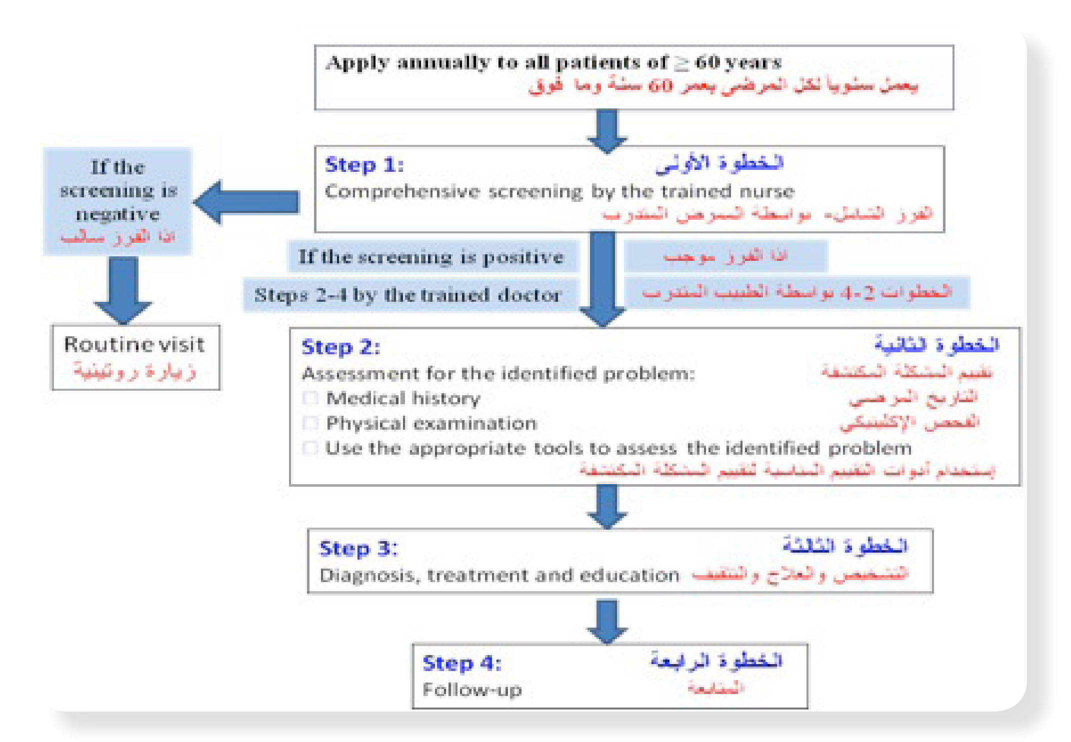
تتم متابعة المسنين من خلال الفحص الدوري السنوي وزيارات المتابعة ما بين زيارتين سنويتين. ويتم خلال الزيارة السنوية إعادة إجراء الخطوات الأولى والثانية والثالثة ويتم تسجيل كل ما يستجد ويكتشف من مشاكل صحية لدى المسنين في خلال الفحص السنوي الدوري أو خلال زيارة المتابعة ويضع الطبيب خطة العلاج المناسبة لها وذلك كما هو مفصل في ملف الفحص السنوي الدوري للمسنين وملف متابعة المسنين.

ويجب التنويه إلى انه ليس من الضروري تنفيذ كافة الإجراءات الإكلينيكية لتقييم وتدبر المسنين خلال زيارة واحدة للمسن للعيادة بالمركز الصحي وإنما إذا لاحظ الممرض أوالطبيب عدم قدرة المسن على استكمال كافة هذه الإجراءات والفحص والتقييم الشامل في زيارة واحدة للعيادة فإنه يمكن أن يقسم تنفيذ إجراءات الفحص والفرز الشامل ليتم خلال زيارتين إكلينيكيتين بحيث يتم في الزيارة الأولى الخطوتين الأولى وجزء من الخطوة الثانية (التاريخ المرضي والفحص الإكلينيكي الشامل) وفي الزيارة الإكلينيكية الثانية للمسن يتم استكمال إجراءات فرز وتدبر المشكلة الصحية المكتشفة في الزيارة الأولى.

يتم تنفيذ إجراءات تقييم وتدبر المسنين المراجعين لعيادة صحة المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية لأول مرة عند زيارتهم الأولى للعيادة ثم تتم بشكل دوري وسنوي من خلال أتباع النهج الإكلينيكي المنظم المدرج في ملف الفحص الشامل للزيارة الأولى وملف الفحص السنوي الدوري للمسنين. ويوضح (شكل ٦) ملخص الإجراءات الإكلينيكية المنظمة لتقييم وتدبر المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين في الرعاية الصحية الأولية[٥].

كما أن المزيد من التفاصيل عن سياسات وإجراءات العمل في عيادة رعاية صحة المسنين مُدرجة في الجزء الخاص بصحة المسنين ضمن دليل سياسات وإجراءات معاييرالاعتماد الوطنية للرعاية الصحية الأولية الذي أعدته الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة[٥٦].

شكل ٦ : خطوات النهج المنظم لتقييم وتدبر المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين[٥]:



سجلات وملفات رعاية صحة المسنين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية :

لقد أعدت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية سجلات وملفات رعاية صحة المسنين لتكون أداة ووسيلة لاتباع نهج منظم لرعاية صحة المسنين يستخدمها مقدمي الخدمات الصحية (الطبيب والممرض) لتقديم الرعاية الصحية الشاملة للمسنين (علاجية ووقائية وتأهيلية) ولربط التاريخ المرضي ونتائج التقييم والفحص الشامل للمسنين والفحوصات المخبرية بخطة العلاج والمتابعة. لذا فقد تم انتقاء وتحديد المعلومات الديموغرافية ومكونات الفحص الاكلينيكي وتقييم صحة المسنين وعلاجهم ومتابعتهم بمراكز الرعاية الصحية الأولية تمشياً مع إرشادات وتوصيات منظمة الصحة العالمية والجهات العلمية الأخرى المهتمة برعاية صحة المسنين وخاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية [١-٩،١١-٤١] وذلك كما تم توضيحه أعلاه. كما تم تصميم هذه السجلات والملفات وفقا لسياسة ومنهج الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية في إعداد السجلات والملفات لفحص ومتابعة المرضى في البرامج الصحية المختلفة بالرعاية الصحية الأولية. ففي ملف الفحص الشامل للزيارة الأولى لعيادة رعاية صحة المسنين وملف الفحص الدوري السنوي تم إدراج أدوات فرز وتقييم ونماذج معيارية والتي ارتأت اللجنة الوطنية لصحة المسنين أنها الأمثل والأنسب للاحتياجات الوطنية لمراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن (مصدقة وعالية الدقة ومختصرة وسريعة ومناسبة لتقديم رعاية شاملة للمسنين بالرعاية الصحية الأولية كما تم الإشارة إليه أعلاه) وذلك لضمان جودة وكفاءة أداء الخدمات الصحية الشاملة المقدمة للمسنين. وهذه الأدوات تشمل ما يلي:

١- أداة الفرز الشامل للمسنين (Comprehensive Geriatric Screening)[٥] متضمناً فرز سريع لكل من عمالقة الشيخوخة الأربعة (فقدان الذاكرة وسلس البول والاكتئاب والسقوط) والأداء الوظيفي والسمع والبصر ونقص الوزن.

٢- أداة فرز الاكتئاب لدى المسنين (GDS)[٥] عند الحاجة يتم عملها للمسنين الذين يكون لديهم نتيجة الفرز الشامل إيجابية للاكتئاب ضمن الفرز الشامل للمسنين.

٣- أداة فرز اضطراب الذاكرة (Mini-cog)[١٠،٢٤] عند الحاجة وذلك للمسنين الذين يكون لديهم نتيجة الفرز الشامل إيجابية لضعف الذاكرة ضمن الفرز الشامل للمسنين.

٤- الجزء الثاني لفرز المسنين الذين لديهم نتيجة الفرز الشامل إيجابية للسقوط وسلس البول٥.
ومن الجدير بالذكر بأن أدوات الفرز المذكورة أعلاه جميعها أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدامها في مراكزالرعاية الصحية الأولية المراعية للسن٥ فيما عدا أداة فرز اضطراب الذاكرة،حيث قد أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدام فحص (MMSE) إلا أن اللجنة الوطنية لصحة المسنين قد آرتأت عدم استخدام فحص (MMSE) واستخدام فحص (Mini-cog) لفرزالمسنين لاضطراب الذاكرة حيث أن لدى وزارة الصحة في المملكةالعربيةالسعودية ترخيص بإستخدام فحص (Mini-Cog™) من قبل مؤلفة الفحص[٢٤].
وقد تم مراعاة أن تكون السجلات والملفات مناسبة للاستخدام من قبل فريق رعاية صحة المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية (الأطباء والتمريض) حيث أن بعضهم يتحدث إما اللغة العربية أو الإنجليزية فقط أو يتحدث كلاهما وتم كتابة الملفات والسجلات باللغتين العربية والإنجليزية وذلك مراعاة لاختلاف الخلفية العلمية ولغة التعلم والتدريب المهني لفريق رعاية صحة المسنين ولضمان جودة الخدمات الصحية للمسنين وتقديمها بأفضل صورة ممكنة وذلك كما هو مفصل في السجلات والملفات المدرجة أدناه (شكل ٧). ومن الجدير بالذكر أن الكلمات الثلاث التي يطلب من المسن تكرارها في النسخة الإنجليزية لفحص (Mini-Cog™) هي: (Banana,Sunrise, Chair) بينما الثلاث كلمات في النسخة العربية للفحص هي (بيت، قطة، أخضر) وهي مختلفة عن الكلمات الواردة بالنسخة الانجليزية حيث انه لا يفترض أن تكون الكلمات باللغة العربية ترجمة حرفية للكلمات الانجليزية لوجوب توافر بعض الاشتراطات اللفظية والصوتية في الكلمات المقدمة للمريض حتى تفي بالغرض من اختبار الفرزوليكون لها معاني ومدلولات تناسب اختبار الناحية الإدراكية للمسن وتم اختيار واعتماد كلمات النسخة العربية لفحص(Mini-Cog™) من قبل مؤلفة الفحص[٢٤].
لقد أعدت الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية الملفات والسجلات اللازمة لتقديم الخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للمسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية كالتالي:

١. ملف الفحص الشامل للمسنين للزيارة الأولى Elderly comprehensive clinical file- First visit
٢. ملف الفحص الدوري السنوي للمسنين Annual Elderly check up file
٣. ملف متابعة رعاية صحة المسنين Follow-up file for elderly health care
٤. السجل اليومي لرعاية المسنين Daily elderly registry
٥. السجل الدائم لرعاية المسنين Permanent elderly registry
٦. ملخص نتائج التقييم والفحص الشامل والسنوي
Summary of annual comprehensive assessment and examination
٧. بطاقة المراجعين المسنين.

ويوضح (شكل٧) عرض لهذه السجلات والملفات. ولقد تم إعداد ملف الفحص الشامل ليستخدم كأداة وللاستعانة به كوسيلة فعالة لرعاية المسنين ولاكتشاف وتقييم وتدبر المشاكل الصحية لديهم. وسيتم استخدام الملف الشامل في الزيارة الأولى للمسن لخدمات رعاية المسنين بالمركز الصحي، ويتألف الملف الشامل من جزئين الجزء الأول مهمة هيئة التمريض والجزء الثاني مهمة الأطباء مقدمي خدمة رعاية المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية. وقد يكون طبيب أو أكثر وممرض أو أكثر مسؤول عن رعاية صحة المسنين بالمركز الصحي تم تدريبهم لرعاية صحة المسنين ولتغطية العمل طوال العام دون التأثر بموسم إجازات أو التكليف بمهام أخرى داخل أو خارج المركز الصحي.



شرح ملف الفحص الشامل لرعاية المسنين - للزيارة الاولى للمسن لعيادة رعاية صحة المسنين :

لقد تم إعداد ملف الفحص الشامل ليستخدم كأداة وللاستعانة به كوسيلة فعالة لرعاية المسنين ولاكتشاف وتقييم وتدبر المشاكل الصحية لديهم. وسيتم استخدام الملف الشامل في الزيارة الأولى للمسن لخدمات رعاية المسنين بالمركز الصحي. ويتألف الملف الشامل من جزئين الجزء الأول مهمة هيئة التمريض والجزء الثاني مهمة الأطباء مقدمي خدمةرعاية صحة المسنين بالمراكز الصحية وذلك كما يلي:-

الجزء الأول - مهمة الممرض:

١- يستقبل الممرض المسؤول عن رعاية صحة المسنين بالمركز الصحي المسن الذي لديه موعد ويرحب به ويعرفه على نفسه ويعطي للمسن ومن يرافقه فكرة مبسطة ومختصرة عن برنامج رعاية صحة المسنين ويحرص الممرض المسئول على التواصل الإيجابي مع المسن ويهتم اهتماماً خاصاً بمن لديه إعاقةً ما مثل ضعف سمع أو بصر أو صعوبة الحركة ...إلخ.

٢- يملأ الممرض بيانات الجزء الأول من سجل الزيارة الأولى لرعاية المسنين ويوضح للمسن ومن يرافقه أنه يحتاج إلى استيفاء بيانات مطلوبةٍ الخاصة بصحة ورعاية المسن وهي معلومات وافية ومهمة ومن الضروري معرفتها وتوثيقها بالسجل الطبي للمسن ويؤكد على سرية هذه المعلومات حيث أن هناك بعض الأسئلة الشخصية التي قد يتحرج المسن من إجابتها مثل الأسئلة المتعلقة بالجانب النفسي والاجتماعي.

٣- تؤخذ المعلومات المطلوب تسجيلها من المسن نفسه وإن لم يتمكن من توفير المعلومات بشكل كاف تؤخذ من مرافق المسن ويحرص الممرض على راحة المسن ومن يرافقه ويطرح الأسئلة بوضوح وتأني وعدم استعجال لإضفاء جو استرخاء في العيادة ولضمان فهم الأسئلة الموجهة لهم.

٤- يقوم الممرض بتعبئة البيانات والمعلومات المطلوبة في الجزء الأول بشكل منظم ومتسلسل كما هو مفصل بالملف الواردة.

٥- أخذ البيانات الشخصية والمعلومات الديموغرافية والاجتماعية للمسن.

٦- أخذ التاريخ المرضي المفصل من المريض أومرافقه ويحدد ممن أُخذت المعلومات ويطلب من المسن إحضار جميع الأدوية التي يتناولها في كل زيارة ليراجعها الطبيب.

٧- أخذ التاريخ الدوائي شاملاً أدوية علاج ارتفاع ضغط الدم والسكري.

قد تكون بعض المعلومات الديموغرافية ومعلومات التاريخ المرضي مسجله مسبقاً في ملف الأمراض المزمنة لذا يمكن الاكتفاء بها إذا كانت هذه المعلومات متوفرة ومحدثة وكاملة وتلبي استيفاء المعلومات الواردة في ملف الزيارة الأولى لرعاية المسنين.

٨- قياس وتسجيل العلامات الحيوية والاهتمام بدقة القياس والتسجيل. ويجب أن يحرص الممرض على قياس ضغط الدم بطريقة صحيحة وتحديد إذا ما كان لدى المسن هبوط في الضغط عند تغير الوضع من الرقود/الجلوس إلى الوقوف (إنخفاض ضغط دم وضعي) وذلك بأن يقيس ضغط دم المسن وهو جالس أو مستلقي ثم يطلب من المسن أن يقف لمدة (٣-٥) دقائق ثم يقيس الضغط والمسن لا يزال واقفاً ويلاحظ ما اذا كان هناك هبوط للضغط بسبب الوقوف أم لا ويدون ذلك بالملف.





إنّ انخفاض ضغط الدم الوضعي هو انخفاض ضغط دم عندما يكون المسن متمدد ثم بعد أن يقف المسن لمدة (٣-٥) دقائق ينخفض وذلك بمقدار (٢٠ ملم زئبق) أو أكثر للضغط الإنبساطي وبمقدار (١٠ ملم زئبق) أو أكثر للضغط الإنقباضي أي بمقدار (٢٠/١٠ ملم زئبق).

٩- عمل الفرز الشامل للمسن حسب ما هو موضح بالملف ويتم تسجيل النتائج الموجبة لأي من المشاكل الصحية الواردة في الفرز الشامل وتشمل ما يلي:
- عمالقة الشيخوخة الأربعة (فقدان الذاكرة والاكتئاب وسلس البول والسقوط).
- القدرة الوظيفية وصعوبة الحركة.
- التغذية.
- السمع.
- البصر.

١٠- تقييم عوامل الخطورة للمسن حسب القائمة الموضحة بالملف.

١١- تلخيص نتائج التاريخ المرضي ونتائج الفرز الشامل.

١٢- إخطار الطبيب بهذه النتائج.

١٣- تقديم التثقيف الصحي للمسن ومرافقه حسب ما تستدعيه الحاجة وحسب مالديه من مشاكل صحية باستخدام استراتيجيات مختلفة في التثقيف (وجهاً لوجه ومنشورات توعوية ....إلخ).

١٤- أخذ المسن المراجع إلى الطبيب المسئول عن رعاية صحة المسنين بالمركز وذلك بعد إتمام تعبئة بيانات الجزء الأول ويسلم الممرض ملف الزيارة الأولى للطبيب مع إعطاءه ملخص عن المعلومات المهمة ونتائج فرز المسنين الشامل التي سجلها في الجزء الأول.

١٥- تحديد موعد للزيارة القادمة حسب ما يحدده الطبيب.

١٦- توثيق الزيارة الحالية والموعد القادم في سجل العيادة الدائم لرعاية المسنين.

الجزء الثاني - مهمة الطبيب:

١. يستقبل الطبيب المسؤول عن رعاية صحة المسنين بالمركز المسن ويرحب به وبمن يرافقه ويعرفه على نفسه ويراجع البيانات المسجلة في الجزء الأول.

٢. مراجعة نتيجة الجزء الأول من الملف الشامل حسب النتائج التي توصل اليها الممرض

٣. يسأل الطبيب المسن أو مرافقه إذا ما كان لديه شكوى حاليه ويستفسر عن مضاعفات الأدوية للمسنين الذين لديهم أمراض مزمنة.

٤. الإطلاع على أدوية المسن التي أحضرها معه ومراجعتها جيداً لمعرفة عددها وسبب استخدامها وجهة صرفها ويلاحظ إذا كان بعض عمل الأدوية يتعارض مع عمل أدوية أخرى ويتأكد من عدم تكرار نفس الدواء بأكثر من أسم تجاري وذلك لمنع تناول المسن جرعات زائدة من الدواء وما يتبعه من مضاعفات وشرح ذلك للمسن كما يتأكد الطبيب من تاريخ صلاحية الأدوية فقد يكون بعضها منتهي الصلاحية ويستفسر إذا ما كان المسن منتظم على العلاج حسب ما وصف له.

٥. إجراء الفحص الإكلينيكي المفصل للمسن كما هو موضح بالملف.
٦. استكمال التقييم الإكلينيكي لمن يحتاج حسب نتائج الفرز الشامل وعمل الجزء الثاني لتقييم خطورة السقوط وسلس البول وكذلك تقييم اضطراب الذاكرة والإدراك بإستخدام (Mini-cog test) وتقييم المسنين للحالة النفسية باستخدام (GDS) حسب ما هوموضح في الملف.
٧. تحديد قائمة المشاكل الصحية للمسن.
٨. طلب الفحوصات المخبرية حسب الحاجة كما هو موضح بالملف وقد يكون بعض التحاليل قد تم عملها مؤخراً أثناء مراجعة المسن لرعاية الأمراض المزمنة.
٩. تحديد التشخيص الرئيسي.
١٠.وضع خطة العلاج غير الدوائي و الدوائي. يشمل العلاج غير الدوائي ما يلي:
أ. التركيز على تغير نمط الحياة واتباع نمط حياة صحي وتعزيز التشيخ النشط وزيادة الحركة والرياضة والاعتماد على النفس في أداء الأنشطة اليومية وكذلك تشجيع المسن على اتباع أسلوب غذاء صحي والإقلاع عن التدخين.
ب. التثقيف الصحي لمواضيع هامة لصحة المسنين كما ورد في الملف الشامل.
١١.إحالة المسنين لعيادة الأسنان.
١٢.إحالة المسن إلى الأخصائي الاجتماعي في المركز الصحي إذا تواجد أو في المستشفى للحالات التي لديها مشاكل اجتماعية.
١٣.الإحالة للمستشفى والاختصاص المناسب للمسنين الذين يحتاجون إلى رعاية طبية في مستوى أعلى من إمكانيات المراكز الصحية للتحكم في ارتفاع ضغط الدم أو السكري وبحاجه إلى تأكيد التشخيص وعلاج للمشاكل الصحية التي تم اكتشافها من خلال الفرزالشامل للمسنين والتقييم الإكلينيكي لعمالقة المسنين الأربعة (ضعف الذاكرة والاكتئاب وسلس البول والسقوط وصعوبة الحركة) أو مشكلة غذائية أو مشاكل في السمع أو البصر أو الإحالة لأي سبب آخر يرى الطبيب أنه يحتاج إلى رعاية ثانوية وتأهيلية.
١٤.رصد وتسجيل نتائج الفحص الشامل والفحص الدوري السنوي بالتعاون مع الممرض وذلك في نموذج ملخص التقييم والفحص الشامل والسنوي للمسن المتضمن رصد نتائج الفحص الدوري لخمس سنوات وبذلك يسهل على الطبيب والممرض عمل الإحصائية السنوية للمسنين وكذلك يمكنهم متابعة صحة المسن وملاحظات التغير في مؤشرات صحته خلال تلك السنوات الخمس.
١٥.تحديد الموعد القادم كل(٣-٦)أشهر أوحسب حاجة المسن.
١٦.توثيق الزيارة في السجل اليومي لرعاية المسنين.

وسيتم ذكر المزيد من التفاصيل عن فحص وتقييم المسنين في الفصل الثالث كما أن المزيد من التفاصيل عن إجراءات وسياسات العمل في عيادة المسنين مُدرجة في الجزء الخاص بصحة المسنين ضمن دليل سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للرعاية الصحية الأولية الذي أعدته الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة[٥٦].





ملف الفحص الدوري السنوي للمسنين :

إن الهدف من الفحص الدوري السنوي هو تحديث التقييم والفحص الشاملين لإكتشاف المستجدات بالمشاكل الصحية لدى المسنين (عمالقة الشيخوخة الأربعة - خلل الذاكرة والإكتئاب وسلس البول والسقوط - بالإضافة إلى القدرة الوظيفية وعدم الحركة والتغذية والسمع والبصر) وذلك منذ الفحص الدوري الشامل ومنذ الفحص السنوي السابق لذا فإن ملف الفحص السنوي يحتوي أيضاً علي جزئين الأول للتمريض والثاني للأطباء وذلك كما ورد في ملف الفحص الشامل والفرق بينهما هو أن الملف السنوي لايتضمن المعلومات الديموغرافية والتاريخ المرضي حيث أنها قد سجلت أثناء الفحص الشامل.

شكل ٧ : سجلات وملفات خدمات رعاية صحة المسنين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية :



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بمنطقة
المنطقـة :
مركز صحي:

ملف الفحص الشامل للمسنين

Elderly Comprehensive Clinical File

First Visit الزيارة الأولى

Full Name :		الأسم الرباعي :
File No. :		رقم الملف :
Date of Booking :		تاريخ فتح الملف :

HR 82



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية
الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية
برنامج رعاية المسنين

منطقة :............ مركز صحي :............

ملف الفحص الشامل للمسنين
Elderly comprehensive clinical file
في الزيارة الأولى لرعاية المسنين
In First Visit for Elderly Care

Part one: By the nurse الجزء الأول: بواسطة الممرض/ الممرضة

رقم الملف المدني / ID number :

رقم الملف العائلي / Family file number :

رقم ملف متابعة الأمراض المزمنة / Chronic diseases care file number :

رقم ملف رعاية المسنين / Elderly care file number :

تاريخ أول زيارة لبرنامج رعاية المسنين/ Date of first visit for elderly care program :

الاسم رباعي / Full name :

تاريخ الميلاد / Date of birth : العمر/ Age : سنة/ Year :

الجنسية / Nationality : الجنس / Gender : ☐ ذكر/ Male ☐ أنثى/ Female

مصدر المعلومات : ☐ المسن نفسه ☐ مرافقه

Source of information: ☐ The elderly himself ☐ His companion

مستوى التعليم / Education. level :

☐ أمي/ Illiterate ☐ يقرأ ويكتب / Read & write ☐ ابتدائي/ Elementary ☐ متوسط/ Secondary

☐ ثانوي/ High school ☐ جامعي/ University ☐ فوق جامعي/ Postgraduate

حالة التقاعد / Retirement status :

☐ متقاعد / Retired تاريخ التقاعد/ Date of retirement

أو منذ عام/ or since الوظيفة قبل التقاعد/ Job before retirement

☐ غير متقاعد / Not retired الوظيفة الحالية إن يوجد/ Current job

العنوان / Address

رقم هاتف المنزل/ House telephone no رقم الجوال/ Mobile

حالة التدخين / Smoking status :

☐ يدخن حاليا / Currently smoke مدة التدخين/ Smoking duration سنه/ Year

عدد السجاير في اليوم/ no. of cigarettes per day : سيجارة/ Cigarette

☐ مدخن سابق/ Ex-smoker تاريخ الإقلاع عن التدخين/ Date of smoking cessation :

التاريخ الاجتماعي / Social history :

الحالة الاجتماعية / Marital status :

☐ أعزب Single ☐ متزوج Married ☐ مطلق Divorced ☐ أرمل Widow

عدد الأطفال : Number of children الذكور male الإناث female

نوع المنزل House type ☐ خاص Private ☐ منزل العائلة Family house ☐ مستأجر Rented

يعيش مع : Living with ☐ زوجه/زوج Wife/ husband ☐ الزوجة والأطفال/الزوج Wife/ husband and children

☐ أقارب Relatives ☐ لوحده / Alone ☐ أخرى (حدد) (Others specify) سكن الاجتماعي

عدد الأشخاص الذين يعيشون معه / Number of persons living with him :

راعي المسن بالمنزل: متوفر ☐ No ☐ Yes Available **Care giver at house**

إذا نعم حدد الأسم : If yes, define name :

صلة القرابة : Relationship

رقم جواله / Mobile number: رقم التليفون الثابت/ Telephone number:

هل يتوفر راعي آخر للمسن :No ☐ Yes ☐ Another care giver availble:

إذا نعم حدد الأسم : If yes, define name :

صلة القرابة : Relationship جواله / Mobile: التليفون الثابت/ Telephone:

هل راعي المسن يواجه مشاكل في رعايته لهذا المسن/ Caregiver facing problems in caring for this elderly : ☐ No ☐ Yes

إذا كانت الإجابة بنعم حدد نوعها / If yes, specify type ☐ مالية / Financial ☐ جهد/ Effort

☐ تستغرق وقتا طويلا / Time consuming ☐ أخرى (حدد) (Others specify)

سلامة المنزل / Home safety :

* القضبان المساعدة للمشي متاحة في / Grab bars available at :
☐ الحمام / Toilet ☐ الدرج / Stairs ☐ مدخل المنزل / House entrance
* الأرض / Floor ☐ مفروشة بسجاد ثابت / Covered with fixed carpet ☐ زلقة أو سجاد غير ثابت / Slippery / unfixed Carpet
* الأضاءة / Lights ☐ غير كافي للرؤية جيدا / Not enough to see things well ☐ جيدة / Good
* غرفه النوم في / Bed room in ☐ الدور الثاني / Second floor ☐ الدور الأرضي / Ground floor
* يستخدم الدرج يوميا عند التحرك بالمنزل / Needs to climb stairs daily when move around the house ☐ No ☐ Yes
* يستخدم نظارات طبية لمشاكل في النظر / Use eyeglass for decrease visual acuity ☐ No ☐ Yes
* يستخدم سماعة للسمع / Use hearing aid ☐ No ☐ Yes
* اضطرابات النوم / Sleep disturbance ☐ No ☐ Yes
* يقود سيارة / Driving his car ☐ No ☐ Yes

هل واجه مشاكل أثناء القيادة خلال السنة الماضية / did he face problems during driving during last year ☐ No ☐ Yes

إذا نعم حدد / If yes specify :

التاريخ الطبي / Clinical history : ☐ من المسن نفسه / From elderly himself ☐ من المرافق / From companion

التاريخ الطبي السابق / Past medical history

☐ غدة درقية / Thyroid ☐ ذبحة صدرية / Angina ☐ ضغط دم مرتفع / Hypertension
☐ سكري / Diabetes mellitus ☐ السرطان / Cancer ☐ التهاب كبدي / Hepatitis
☐ ربو / Bronchial asthma ☐ أحتشاء عضلة القلب / Myocardial infarction ☐ كولسترول مرتفع / High cholesterol
☐ شلل الرعاش / Parkinson ☐ اعتلال الاعصاب / Neuropathy ☐ سكتة دماغية / Stroke
☐ تشنجات / Seizures ☐ الخرف / Dementia ☐ الهذيان / Delirium
☐ الاكتئاب / Depression ☐ إصابة في الرأس / Head injury ☐ بواسير / Hemorrhoids
☐ إمساك / Constipation ☐ مشاكل النظر / Vision problem ☐ مشاكل السمع / Hearing difficulty
☐ حساسية من الأدوية (تحدد) / Drug allergy (specify) : ☐ أخرى (تحدد) / Others (specify) /

التاريخ الجراحي / Surgical history :

الأدوية الحالية شاملة علاج الأمراض المزمنة / Current medications including those for chronic diseases :

١ - ٤ - ٧ -
٢ - ٥ - ٨ -
٣ - ٦ - ٩ -

التاريخ العائلي / Family history :

☐ امراض القلب / Heart disease ☐ ارتفاع ضغط الدم / Hypertension ☐ السكري / Diabetes mellitus
☐ الخرف / Dementia ☐ الجلطة الدماغية / Stroke ☐ احتشاء عضلة القلب / Myocardial infarction
☐ الاكتئاب / Depression أخرى (تحدد) / Others (specify) /

العلامات الحيوية / Vital signs :

الحرارة / Temp. °C معدل التنفس / Resp. rate / min.
النبض / Pulse المعدل / rate / min. منتظم / Regular ☐ No ☐ Yes
الوزن / Weight kg الطول / Height cm مؤشر كتلة الجسم / BMI
ضغط الدم / Blood pressure جالس / Sitting mmHg مستلقي / Lying mmHg
الضغط بعد الوقوف لثلاثة دقائق / BP after standing for three minutes mmHg
تم اكتشاف ضغط دم وضعي : Postural hypotension detected ☐ No ☐ Yes
(Postural hypotension is a decrease in lying BP after standing for three minutes ≥20//10 mm Hg)
(ضغط الدم الوضعي هو انخفاض في ضغط الدم بعد الوقوف لمدة ثلاثة دقائق بمقدار

HR 82.2





Comprehensive screening for elderly الفرز الشامل للمسن

A . Memory الذاكرة

1 . Instruct: "I am going to name 3 objects: pencil, truck, book. I will ask you to repeat their names now & then again few minutes from now. Please try to remember them."

تعليمات : "سأذكر لك اسم ٣ قطع : قلم رصاص ، وشاحنة، وكتاب. وسأطلب منك أن تكرر أسمائهم الآن وبعد عدة دقائق. يرجى محاولة تذكرها ".

All 3 objects named? هل ذكر ٣ أسماء؟ Yes ☐ No ☐ (Item D) سجل هذا السؤال بعد السؤال عن القدرة الوظيفية الفعلية

2 . Ask him / her again & record this after asking question on physical functional Capacity (Item D)

B. Urinary Incontinence سلس البول

1. Ask "In the last year have you ever lost your urine and gotten wet? " أسال " في السنة الماضية هل تبولت على نفسك أو شعرت برطوبة

Yes ☐ No ☐ If yes, then ask the following: أذا كانت الإجابة نعم أسال الأتي؟

2- "Have you lost urine over the past week? هل تبولت على نفسك خلال الأسبوع السابق؟

If yes to both questions, do part 1 of urinary incontinence Screening :- أذا الإجابة نعم للسؤالين أبدا بتقييم سلس البول الجزء ١

Urinary incontinence screening - PART 1 تقييم سلس البول الجزء ١

Genitourinary history تاريخ الجهاز البولي Bladder tumor ورم بالمثانة ☐ Prostate problem /مشاكل البروستات ☐

Kidney stones / حصى الكلى ☐ Recurrent UTI /التهاب الجهاز البولي المتكرر ☐

Women only / للنساء فقط : Number of Pregnancies ____ عدد مرات الحمل How long Menopause? ____ متى بدأ سن اليأس

Estrogens use / استخدام الأستروجين ☐ Hysterectomy/ أستصال الرحم ☐

Family history cancer breast / التاريخ العائلي لسرطان الثدي ☐ Ovaries removed /أستصال المبايض ☐

Summary of urinary incontinence ملخص سلس البول

1- When did the problem begin? متى بدأت المشكلة ؟

2- Does it influence with your activities of daily living? هل المشكلة مؤثرة على نشاطك اليومي ؟ Yes ☐ No ☐

If yes, how? أذا نعم , كيف ؟

3- What makes the problem worse? ما الأسباب التي تزيد المشكلة ؟ Running / الجري ☐ Sneeze, cough/ العطس,الكحة ☐

Laugh/ الضحك ☐ Lift / القيام ☐ Bending down / الأنحناء ☐ Running water/ جريان الماء ☐

4- What problems do you have with passing your urine? (adapt culturally) هل توجد مشاكل أثناء التبول ؟

Starting / في البداية ☐ Slow stream/ التدفق بطئ ☐ Discomfort / عدم ارتياح ☐

Hematurea / بول مع دم ☐ Incomplete emptying / عدم اكتمال التبول ☐

5- Voiding problems (circle all that apply) : ☐ Damp without recognition / تبلل دون إدراك مشاكل التبول

Indefinitely / دائما ☐ Few minutes لدقائق ☐ Minute or two/ دقيقه أو دقيقتين ☐ Nocturia التبول الليلي ☐: Can hold يمكن أن تتحكم بالبول

Result: Needs referral to Dr for part two : **النتيجة :** تحتاج لتحويل الى الطبيب لتقييم الجزء الثاني سلس البول Yes ☐ No ☐

C. Depression الإكتئاب

Ask " Do you often feel sad or depressed?" أسأل " هل تشعر بالحزن أو الاكتئاب غالبا " Yes ☐ No ☐

If yes, refer to Dr to do GDS examination أذا نعم حول إلى الطبيب لعمل فحص GDS

Result: Needs "GDS examination" : **النتيجة :** تحتاج فحص GDS Yes ☐ No ☐





D: .Physical Functional Capacity (immobility) : القدرة الوظيفية البدنية (عجز الحركة)

Ask "Are you able to ..... " أسأل " هل لديك المقدرة على

1. Run/fast walk to the Mosque? الجري/ المشي سريعاً للوصول للمسجد ؟ Yes ☐ No ☐

2. Do heavy work around the house -washing windows, walls or floors?

هل تقوم بالأعمال المنزلية – غسيل النوافذ – الأراضي – الجدران ؟ Yes ☐ No ☐

3. Go shopping for groceries or clothes? الذهاب للتسوق للبقالة أو شراء الملابس Yes ☐ No ☐

4. Get to places out of walking distance drive ? التنقل إلي الأماكن البعيدة بالسيارة Yes ☐ No ☐

5. Bath, either a tub bath or shower? الأستحمام أو الوضوء؟ Yes ☐ No ☐

6. Dress - putting on a shirt, buttoning &zipping, or putting on shoes?

تغيير الملابس-ارتداء الثوب أو القميص-غلق السحاب-غلق الأزرار-ارتداء الحذاء؟ ☐Yes ☐No

Positive screen (for each): Unable to do or able to do with help or supervision from another person

الفحص الإيجابي (لكل منها) : غير قادر على القيام بعمل ما أو قادر على أن يفعل مع مساعدة أو إشراف من شخص آخر

If positive, refer to doctor. إذا كان إيجابي، تحول إلى الطبيب

Result : Needs referral to Dr : ☐Yes ☐No **النتيجة** : يحتاج تحويل إلى الدكتور

Have patient complete 3 item recall above for memory test : Ask for three items recall :-

هل المريض تذكر ٣ أسماء في فحص الذاكرة أعلاه , أساله أن يكررها مرة أخرى

1) ______ 2) ______ 3) ______

All 3 objects named? هل ذكر ٣أسماء؟ Yes ☐ No ☐

If no, refer to Dr to do Mini-cog test إذا كانت الإجابة لا يتم تحويل المريض إلى الطبيب لعمل فحص :Mini-cog

Result: Needs Mini-cog test. Yes ☐ No ☐ **النتيجة يحتاج فحص :** Mini-cog

E.: Falls السقوط

1- Have you fallen 2 or more times in the past 12 months? هل سقطت مرتين أو أكثر في الـ١٢ شهر الماضية؟ ☐Yes ☐No

If no, then do the following: أذا الإجابة لا أفعل الأتي

2- Instruct: " Rise from the chair, walk around it without holding on " أطلب منه " قف من الكرسي امشي حوله بدون أن تمسكه "

Unable to do: غير قادر على فعل ذلك Yes ☐ No ☐ Unsteady: غير مستقر Yes ☐ No ☐

If yes to at least one question then do part 1 of fall management:, إذا نعم على الأقل لإجابه واحد عندها قم بتقييم السقوط

Fall management- PART 1 تقييم السقوط الجزء ١

History of the elderly Falls ______ تاريخ سقوط المسن:

Description of the fall وصف السقوط

Tell the elderly that we need to hear the details of your falls so we can understand what is causing them.

Answer the following questions about your last fall.

أخبر المسن أنه يجب أن يشرح بالتفصيل كيفية سقوطه حتى نتمكن معرفة سبب السقوط

أجب الأسئلة التالية عن أخر سقوط لك

1- When was this fall? متى كان السقوط Date التاريخ (approximate تقريباً) ______

Time of Day ______ وقت السقوط

2- What were you doing before you fell? ماذا كنت تفعل قبل السقوط ______

3- Do you remember your fall, or did someone tell you about it? هل تتذكر أنت أنك سقطت أو أن شخص أخر أخبرك بذلك

4- How did you feel just before? ماذا شعرت قبل السقوط

5- How did you feel going down? ماذا شعرت أثناء السقوط

6- What part of your body hit? علي أي جزء من الجسم سقطت

7- did it strike? Yes ☐ No ☐ هل ضايقك السقوط

8- What was injured? هل جرحت

9- Anything else you recall? Yes ☐ No ☐ أتتذكر شي أخر

10- Do you think you passed out? Yes ☐ No ☐ هل فقدت الوعي

11- Do you have joint pain? Yes ☐ No ☐ هل تشتكي من الأم بالمفاصل

12- Do you have joint instability? Yes ☐ No ☐ هل تشعر بعدم الراحة بالمفصل

13- Do you have foot problems? Yes ☐ No ☐ هل لديك مشاكل بالقدم

14- Do you use a cane/walker? Yes ☐ No ☐ هل تستخدم عصا أو مشايه

15- How often have you fallen in the past six months? ______ كم مرة سقطت خلال ٦أشهر الماضية

What medication are you currently taking? ما الأدوية التي تستخدمها حالياً

1- Psychotropic medications أدوية نفسية ☐ 2-Diuretics / مدرات بول ☐ 3-Antiarrhythmics / مضادات أرتعاش القلب (منظم دقات القلب) ☐

Noticed any vision changes لأحظ أي تغير في النظر ☐ Yes ☐ No

Did eye exam past year : هل أجرى فحص نظر ☐ Yes ☐ No

Result : Needs "part 2 -Falls management" : ☐Yes ☐ No **النتيجة :** يحتاج فحص السقوط الجزء ٢

G: Nutrition التغذية

Have you noticed a change in your weight over the past 6 months? Yes☐ No☐ هل لاحظت تغيير في الوزن خلال ٦أشهر الماضية

Increase الوزن زيادة ____ Kg decrease انخفاض الوزن ____ Kg

Compare with latest recorded weight: قارن بأخر وزن للمسن في الملف

Record: Date __ / __ / __ , Today's weight ____ Kg. كيلو ____ الوزن اليوم __ / __ / __ الوزن فى

Is there significant weight loss detected (i.e. unintentional weight loss > 5% in 1 month or 10% in 6 months)

Yes☐ No ☐ هل هناك تغيرمهم في الوزن ؟ يعني فقد وزن بغير قصد أكثر(٥ ٪ في شهر)١ أو(١٠ ٪ في ٦ أشهر)

Result : Needs referral to the doctor for referral to the hospital : Yes☐ No☐ **النتيجة :** يحتاج تحول للطبيب للإحالة الى المستشفى

H: Hearing السمع

Stand behind patient and ask him to repeat after you 6, 1, 9 قف خلف المريض وأطلب منه أن يكرر الأرقام

(softly then in normal voice بصوت منخفض ثم بصوت عادي)

Soft: بصوت منخفض ____ Right Ear الأذن اليمنى ____ Left Ear الأذن اليسرى ____

Normal بصوت عادي ____ Right Ear الأذن اليمنى ____ Left Ear الأذن اليسرى ____

Positive Screen : patient unable to hear in both ears or in one ear **النتيجة الإيجابية:** المريض غير قادر على السمع بكلتا الأذنين أو في أذن واحدة

If problem detected refer إذا وجدت مشكلة يحول

Result : Needs referral to the doctor for referral to the hospital : ☐Yes ☐No **النتيجة :** يحتاج تحول للطبيب للإحالة الى المستشفى





I: Vision البصر

1-Ask:"Do you have difficulty reading or doing any of your daily activities because of your eyesight?"(even with wearing glasses) . (حتى مع ارتداء النظارات) أسأل: هل لديك صعوبة في القراءة أو القيام بأي من الأنشطة اليومية بسبب نظرك؟

Positive screen: النتيجة ايجابية ☐ Yes ☐ No

If positive screen, complete Snellen eye chart (without glasses & then with glasses)

(بدون نظارة ثم بنظارة) إذا النتيجة ايجابية أكمل فحص لوحة النظر Right Eye العين اليمين Left Eye العين اليسار

If Snellen eye chart result is less than 6/12 refer to hospital إذا كانت نتيجة الفحص اقل من يحول للمستشفى ١٢/٦

Result : Needs referral to the doctor for referral to the hospital : Yes ☐ No ☐ **: النتيجة** يحتاج تحويل للطبيب للإحالة الى المستشفى

High risk factors عوامل التعرض للخطر

	Risk factors	عوامل الخطورة	Yes	No
1	Elderly more than 85 years old	العمر أكثر من ٨٥ سنة		
2	Any of the following chronic disease	أي من الأمراض المزمنة التالية		
	2.1 Diabetes	السـكـري		
	2.2 Hypertension	أرتفاع ضغط الدم		
	2.3 Diabetes and hypertension	السكري و أرتفاع ضغط الدم		
	2.4 Bronchial asthma	الربو		
	2.5 Obesity BMI > 30	السمنة		
	2.6 Underweight BMI<23	نقص الوزن		
3	Hyperlipidemia	أرتفاع الدهون بالدم		
4	Unintentional weight loss > 5% in 1 month or 10% in 6 months	فقد وزن بغير قصد أكثر ٥ ٪ في شهر ١ أو ١٠ ٪ في ٦ أشهر		
5	Social deposition	عزلة اجتماعية		
6	Recently discharged from hospital	الخروج مؤخرا من المستشفى		
7	Grieving due to recent death of a close relative or friend*	*حزين بسبب وفاة قريب أو صديق		
8	Bed ridden*	*قعيد الفراش		
9	Taking more than five drugs simultaneously*	*يستخدم أكثر من خمس أدوية في وقت واحد		
10	Elderly Abuse / misuse*	*سوء معاملة المسن		
11	Physical disability*	*إعاقة جسدية		
12	Deafness*	*الصمم		
13	Blindness*	*العمى		
14	Delirium, depression*	*هذيان أو اكتئاب		
15	Walking difficulty*	*صعوبة في المشي		
16	Cognitive disability – of any degree*	*عجز في الإدراك – من أي درجة		

*** Check for it with the doctor after complete the** ***تراجع مع الطبيب بعد إنتهاء الفحص**

The nurse Final findings for the part one of the elderly evaluation: نتيجة التقييم النهائي للممرضة

A- The elderly : هل المسن ؟

1- ☐ Normal طبيعي

2- ☐ Has high blood pressure لديه ارتفاع في ضغط الدم

3- ☐ Has hypotension لديه انخفاض ضغط الدم الوضعي

4 - Suspected to have: يشتبه أن يكون لديه

☐ depression الإكتئاب

☐ Urinary incontinence سلس البول

☐ Immobility عاجز عن الحركة

☐ Cognition impairment تدهور الإدراك المعرفي

☐ Fall risk معرض للسقوط

☐ hearing impairment مشاكل السمع

☐ visual impairment مشاكل النظر

nutritional impairment





B- The elderly needs referral to the Dr for :- المسن يحتاج تحويل للطبيب بسبب

1- ☐ Cognition impairment screening — تقييم تدهور الإدراك المعرفي
2 - ☐ Urinary incontinence evaluation –part 2 — تقييم سلس البول الجزء ٢
3 - ☐ Depression evaluation (GDS) — تقييم الإكتئاب
4 - ☐ Physical function capacity (immobility) — القدرة الوظيفية البدنية (عجز الحركة)
5 - ☐ Falls evaluation – part 2 — تقييم السقوط الجزء ٢
6 - ☐ Nutritional status evaluation in the hospital — تقييم التغذية في المستشفى
7 - ☐ Hearing evaluation at the hospital — تقييم السمع في المستشفى
8 - ☐ Vision evaluation at the hospital — تقييم النظر في المستشفى

Nurse's name : ______ **اسم الممرض/ة**

Signature : ______ **التوقيع الممرض/ة**

Part two: By the doctor الجزء الثاني: بواسطة الطبيب/ الطبيبة

Review the result of the nurse assessment **Yes** ☐ **No** ☐ مراجعة نتائج تقييم المرضة

Complaint and current illness : الشكوى أو المرض الحالي

From the attendant elderly himself ☐ من المسن نفسه ☐ From the companion من المرافق للمسن

Current medications : **الادوية الحالية :**

The elderly adhere to his drugs Yes☐ No☐ المسن ملتزم بأخذ الدواء بانتظام يوميا

The elderly has brought all his drugs with him today: Yes ☐ No ☐ احضر المسن كل أدويته معه اليوم

There are drugs prescribed by Drs outside center: Yes ☐ No☐ توجد أدوية وصفها أطباء من خارج المركز

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

There are drugs with similar generic name but with different trade names : Yes☐ No☐ توجد أدوية لها نفس الاسم العلمي ولكن لها أسماء تجارية مختلفة

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

Taking any over the counter drugs (OTC): Yes☐ No☐ يتناول المسن أدوية يمكن شراؤها بدون وصفة طبية:

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

There are side effects of the currently used medications: Yes☐ No☐ توجد آثار جانبية للعلاجات المستخدمة حاليا

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

Ask the elderly to describe a normal day and conclude :- أطلب من المسن أن يصف لك يوم طبيعي وأستنتج

Is his physical function normal Yes☐ No☐ هل يؤدي الأنشطة اليومية بشكل طبيعية ؟

Is his mental function normal Yes☐ No☐ هل وظائفه العقلية/الذهنية طبيعية؟

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

....

Clinical examination : **الفحص السريري / الإكلينيكي**

General appearance examination	Yes	No	فحص المظهر العام
Answering questions willingly			لدى المسن الرغبة في الإجابة علي الأسئلة
Pallor			شحوب
Jaundice			اصفرار
Alert			واعي
Skin bruises If Yes specify number & size			كدمات جلدية: إذ يوجد حدد عددها وحجمها ....
Specify its cause :			اذكر الأسباب : ....
Eye	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص العين**
Normal conjunctiva If No Specify :			الملتحمة: طبيعية إذا لا حدد :
Pupils symmetrical & reactive			البؤبؤين متناظرين ومتفاعلين للضوء
Cataract			مياه بيضاء/ إعتام عدسة العين
ENT	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الأنف والأذن والحنجرة**
External scars, lesions or masses			دبات خارجية أو إصابات أو أورام
Normal tympanic membranes			الأغشية الطبلية : طبيعية
Hearing difficulty			صعوبة في السمع
Neck	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص العنق**
Symmetrical without masses			متناظرة بدون أورام
Palpable lymph nodes			غدد ليمفاوية مجسوسة
Thyroid : enlargement, tenderness If yes describe :			الغدة الدرقية : متضخمة . مؤلمة إذا نعم أوصف ....

HR 82.8

Cervical spine deformity			تشوهات في العمود الفقري العنقي
Cervical spine stiffness			صلابة في العمود الفقري العنقي
Increase JVP			زيادة في ضغط الدم الوريدي الوداجي
Chest and lungs Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الصدر والرئتان**
Normal chest shape			شكل الصدر: طبيعي
Chest percussion			قرع الصدر: طبيعي
Normal lungs auscultation If No Specify :			تسمع الرئتين : طبيعي إذا لا اذكرها :
Heart Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص القلب**
Normal apex location			موقع قمة القلب : طبيعي
Normal heart sounds			أصوات القلب : طبيعية
Femoral pulse felt			نبض الشريان الفخذي : مجسوس
Breast Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الثدي**
Normal inspection			الفحص بالنظر : طبيعي
Normal palpation			الفحص باللمس : طبيعي
Palpable axillary lymph nodes			الغدد الليمفاوية الابطية : مجسوسة
Abdomen and pelvis Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص البطن والحوض**
Normal inspection			الفحص بالنظر : طبيعي
Normal palpation If a mass felt , describe it :			الفحص باللمس : ألم أو ورم إذا وجد ورم أوصفه:
Palpable liver			الكبد : مجسوس
Palpable spleen			الطحال : مجسوس
Palpable kidney			الكلى : مجسوسة
Hernia If Yes, describe :			فتاق إذا وجد أوصفه:
Central nervous system Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الجهاز العصبي المركزي**
Oriented to place, Time person			واعي للمكان واعي للوقت واعي للأشخاص
Tremors If yes specify:			رعشه إذا نعم حددها ....
Cranial nerves abnormality If no specify:			أعصاب القحفية / الجمجمية : طبيعية إذا لا حددها ....
Motor system abnormality If no describe:			الجهاز الحركي : طبيعي إذا لا أوصفه ....
Reflex abnormality If no specify:			المنعكسات : طبيعية إذا لا أوصفها ....
Neuropathy If yes specify:			اعتلال عصبي إذا نعم حدده ....
Gait abnormality If no describe:			المشية : طبيعية إذا لا أوصفها ....
Foot examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص القدم**
Normal skin If no describe:			الجلد : طبيعي إذا لا أوصفه ....
Lower limb edems			وذمة (تورم) في الطرف السفلي
Sensation : normal If no describe:			الاحساس : طبيعي إذا لا أوصفه ....
Ankle joint movement : normal If no specify:			حركة مفصل الكاحل : طبيعية إذا لا حدده ....

Joint examination	Yes نعم	No لا	فحص المفاصل
Joint defirmity If Yes Specify :			تشوه في المفاصل إذا نعم حددها ....
Joint movement normal If no specify:			حركة المفاصل : طبيعية إذا لا حددها ....
Back examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الظهر**
Back defirmity If Yes Specify :			تشوه الظهر إذا نعم حددها ....
Back movement abnormality If no specify:			حركة الظهر : طبيعية إذا لا حددها ....

Additional description of positive findings (including behavioral changes)..

وصف إضافي للنتائج الإيجابية (بما في ذلك تغييرات السلوك)..

Investigations : الفحوصات :

- CBC صورة دم كاملة
- Cholesterol and lipids كوليسترول ودهون
- Urine microscope فحص مجهري للبول
- ECG تخطيط القلب
- U&E املاح وبولينا
- TSH هرمون الغدة الدرقية
- Others (specify) أخرىأذكرها ....
- Fasting serum glucose سكر بالدم صائم
- LFT وظائف الكبد
- Occult blood in the stool الدم الخفي في البراز
- B12 فيتامين ب12
- CXR أشعة الصدر

Further evaluations - Done if the comprehensive screening results are positive screening for:

تقييم أخر : ينفذ إذا كانت نتيجة التقييم الشامل فرز ايجابية لما يلي:

- Urine incontinence - do part 2 its evaluation — سلس البول - نفذ الجزء الثاني لتقييمه
- Depression - Do GDS — الاكتئاب - نفذ مقياس الاكتئاب عند المسنين
- Falls : Do part 2 evaluation of falls — السقوط - نفذ الجزء الثاننى لتقييمه
- Memory impairment: Do Mini-cog test — اضطراب الذاكرة: نفذ فحص الإدراك المختصر

PART 2 of urinary incontinence management – if needed: الجزء 2 من تقييم سلس البول إذا يحتاج :

Medication review : What medication are you currently taking? مراجعة الأدوية : ما هي الأدوية التي تستخدمها حاليا؟

β blocker, حاصر بيتا — sedative, مهدي/ مسكن — narcotic, مخدر — diuretic, مدر البول

calcium channel blockers, حاصر قناة الكالسيوم — anticholinergic, مضادات الكولين — cold remedy, علاج البرد

non-prescription drugs, أدوية بدون وصفة طبية — herbals الأعشاب

Result of part 1 and 2 of Urine Incontinence evaluation **نتيجة تقييم الجزء 1 و2 لسلس البول**

Needs referral to the hospital for management : ☐ Yes ☐ No يحتاج إحالة إلى المستشفى للتدبير

Geriatrics depression scale (GDS): مقياس الاكتئاب عند المسنين

Instruction: Ask the elderly to choose the answer that best describe how he felt over the past week:

تعليمات: أطلب من المسن أن يختار الجواب الذي يصف أفضل كيف يشعر خلال الأسبوع الماضي

Scoring Instructions: Score one point for each answer of 1.

		Yes	No
1-	Are you basically satisfied with your life? بشكل عام هل أنت راض عن حياتك ؟	0	1
2-	Have you dropped many of your activities and your interests? هل تركت بعض نشاطاتك واهتماماتك وأعمالك ؟	1	0
3-	Do you feel that your life is empty? هل تشعر أن حياتك بلا جدوى(عديمة الفائدة)؟	1	0
4-	Do you often get bored? هل تشعر غالبا بالضجر ؟	1	0
5-	Are you in good spirits most of the time? هل أنت في حالة معنوية جيدة في اغلب الأوقات ؟	0	1
6-	Are you afraid that something bad is going to happen to you? هل لديك مخاوف بان امرا مكروها سيصيبك ؟	1	0
7-	Do you feel happy most of the time? هل تشعر بالسعادة معظم الأوقات ؟	0	1
8-	Do you often feel helpless? هل تشعر بالبؤس أغلب الأوقات ؟	1	0
9-	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? هل تفضل البقاء بالمنزل بدلا من الخروج وعمل شيء جديد (زيارة أو عملا ؟)	1	0
10-	Do you feel you have more problems with memory than most? هل تشعر أن بحياتك مشاكل ومصاعب أكثر من غيرك من الأشخاص ؟	1	0
11-	Do you think it is wonderful to be alive now? هل تشعر بروعة وفائدة الحياة حتى الآن ؟	0	1
12-	Do you feel worthless the way you are now? هل تحس أن طريقك سيئ حتى الآن؟	1	0
13-	Do you feel full of energy? هل تشعر بالطاقة و الحيوية و النشاط ؟	0	1
14-	Do you feel that your situation is hopeless? هل تشعر أن وضعك ميؤس منه ؟	1	0
15-	Do you think that most people are most better of than you are? هل تشعر أن حياة ومعيشة الآخرين أفضل من حياتك و معيشتك ؟	1	0
	Total score مجموع العلامات	.../15	

Scoring results:. A score of 5 or more suggests depression

تقييم العلامات : بشكل عام أن العلامة لكل سؤال من هذه الأسئلة هي واحد وهو مؤشر للأكتئاب

Score : _______ GDS suggests depression: ☐ Yes ☐ No

PART 2 of Falls evaluation – if needed: الجزء 2 من تقييم السقوط إذا يُحتاج

A- Gait (by observatin) : Normal طبيعية Abnormal غير طبيعية أ- المشية (بالملاحظة):

B- Elderly used walking aid ○Yes ○No ب- المسن يستخدم أداة مساعدة للمشي :

If yes specify: ○ Cane عصاة ○ Adult Walker مشاية كبار ○ Wheelchair كرسي بعجلات إذا نعم حدد:

C- Up-and-Go test: **ج- اختبار قف-أذهب :**

Instructions for " Up-and-Go test " **تعليمات:**

1. Timed "Up-and-Go" : by seconds – can use a stopwatch for timing of the test duration.

"قف وأذهب" الموقوت تستطيع بالثواني.

2. Demonstrate the test to the elderly. أشرح الاختبار للمسن.

"On the word GO you will stand up, walk to the line on the floor, turn around and walk back to the chair and sit down. Walk at your regular pace." and a "practice walk" is allowed without timing.

" عندما أقول كلمة أذهب تقف وتمشي بخط مستقيم على الأرض تدور وتمشي راجعا للكرسي وتجلس. أمشي بسرعتك المعتادة"واسمح له بممارسة تجربة المشي بدون توقيت.

3. The elderly sits in a standard armchair. He is allowed to push off the sides or arms of the chair when getting up and can use any walking aid during the test if he normally uses one.

يجلس المسن على كرسي بأذرع وبدون عجلات يسمح له أن يضغط على الأذرع لمساعدته على الوقوف ويستطيع أن يستخدم أي أدوات مساعده أثناء الاختبار إذا كان يستخدمها عادة.

4. A stopwatch is used to record time from signal "Go" until the elderly returns to a seated position.

تستخدم ساعة التوقيت لتسجيل نقطة البدء من إشارة (أذهب) إلى أن يرجع المسن لوضعية الجلوس.

5. The doctor or nurse walks beside the elderly during the test in order to hold him if he has a risk of falling during the test

الطبيب أو الممرضة يمشي بجانب المسن أثناء الاختبار لكي يمسكه إذا تعرض لخطر السقوط أثنا الاختبار

6. Up-and-Go test performance: تنفيذ اختبار قف-أذهب

Ask the elderly to perform the following series of movements. أطلب من المسن تنفيذ الخطوات التالية:

A- Stand from the chair. أ- قف من الكرسي

B- Walk 3 meters on a line on the floor at your normal pace.

ب- أمشي مسافة 3 متر على خط على الأرض بسرعتك المعتادة

C- Turn around . جـ- أستدر

D- Walk back to the chair at your normal pace. د- أمشي راجعاً للكرسي بسرعتك المعتادة

E- Sits down. هـ- أجلس

7. On word "Go" begin timing "أبدأ التوقيت عند كلمة : أذهب

8. Stop timing after the elderly has sat back down and record the time in the file:

توقف عن التوقيت بعد أن يجلس المسن مرة أخرى وسجل الوقت في الملف:

Time: _______________ seconds الوقت _______________ ثانية

Scoring of the " Up-and-Go test ": If the elderly completed the test in :-

تقييم "اختبار قف-أذهب": إذا المسن أكمل الاختبار في:

- 10 sec : The elderly is not at risk of fall. 10 ثواني : ليس لديه خطر سقوط.
- ≥20 seconds : the elderly has a high risk of falls and requires referral.

20 ثانية أو أكثر: لديه خطر شديد للسقوط ويحتاج إلى مزيد من التقييم.

D- : Balance test: Romberg's test: **د- تقييم التوازن : اختبار رومبرغ :**

Elderly stands up, shoes off with his legs closed, and he closes his eye and extends his hands. If he lose balance the test is positive.

يقف المسنين ويخلع الحذاء وساقيه متلاصقين ويغلق عينيه ويمد ذراعية. إذا المسن فقد التوازن فان الاختبار إيجابي.

فحص الإدراك المختصر

ملاحظة : يرجى الإطلاع على التعليمات الواردة في صفحة ١٧

١. أحصل على إهتمام المريض ثم قل : "سوف أقول ثلاث كلمات وأريدك أن تتذكرها الآن وفيما بعد":الكلمات هي :

بيت   قطة   أخضر

أطلب من المسن مايلي : قل هذه الكلمات الآن (أعط المسن ثلاث محاولات لإعادة الكلمات . إذا لم يستطيع القيام بها بعد ثلاث محاولات إذهب للخطوة التالية) .

٢. قل الجمل التالية بالترتيب المذكور: "أريدك أن ترسم ساعة في الفراغ الذي بالصفحة المقابلة . إبدأ برسم دائرة كبيرة ضع كل الأرقام في الدائرة وإرسم الساعة بحيث يظهر الوقت الساعة الحادية عشرة وعشر دقائق "١١:١٠ .

أعطي المسن قلماً .

- إذا لم ينتهي المريض من رسم الساعة خلال ثلاث دقائق . توقف وإسألة عن الكلمات الثلاثة .

٣. قل «ما هي الكلمات الثلاثة التي طلبت منك أن تتذكرها» ؟

_____ _____ _____ (نقطة لكل كلمة صحيحة)

درجة تذكر الثلاث كلمات ☐

قم بتقييم الساعة :

يرجى الإطلاع علي تفسير بنود التقييم الوارد في صفحة ١٨ ثم قيم رسم الساعة

ساعة صحيحة : نقطتان   ساعة غير صحيحة : صفر   درجة رسم الساعة ☐

الدرجة النهائية = درجة تذكر الثلاث كلمات + درجة رسم الساعة ☐

- إذا الدرجة النهائية صفر ، ١ أو ٢ : إحتمال وجود تدهور : يحتاج المسن إلي إحالة المستشفى .
- إذا الدرجة النهائية ٣ ، ٤ أو ٥ تعني عدم وجود تدهور .

MINI-COG™

Note: Please read the instruction in page 17 .

1.Get the attention of the patient and then say :"I will say three words and I want you to remember them now and later ."The words are :

Banana   Sunrise   Chair

Ask the elderly the following : Say it with me (Give the patient three attempts to re-words if he could not do after three attempts go to the next step) .

2. Say the following sentences in the order mentioned :"I want you to draw a face of aclock in the next page . Start to draw a big circle . Put all the numbers in the circle and draw the hands of the time ten past eleventh - 11:10" .

Give the elderly a pen .

- If the patient did not end drawing the watch within three minutes , stop and ask him about the three words .

3.Say: "What are the three words that I asked you to remember ?"

One point for each right .

Score of remembering 3 words ☐

Score the clock :

Please read the interpretation in page 18 then score :

Normal clock : 2 points   Abnormal clock 0 points   clock score ☐

Total score = score of remembering the three wards + the watch score ☐

"Zero , 1 or 2" : possible deterioration : refer to hospital .

"3 , 4 or 5 mean no deterioration .





إرسم ساعة يظهر الوقت فيها الساعة الحادية عشرة وعشر دقائق

Draw awatch for the time ten past eleventh

Mini-cog™ test result :

The elderly needs referral to hospital for further falls evaluation and management

☐ Yes ☐ No

Summary of the falls evaluation :- ملخص تقييم السقوط:

1- Gait : Abnormal ☐Yes ☐No المشية: غير طبيعية

2- Up-and-Go test :≥20 secondsto ☐Yes ☐No في 20 ثانية أو أكثر

Romberg's test: positive: Yes ☐ No ☐

Result : The elderly needs referral to hospital for further falls evaluation and management Yes ☐ No ☐

إذا نعم لأي من تلك لثلاث فان المسن يحتاج إلى الإحالة للمستشفى لتقيم وتدبر أكثر.النتيجة : يحتاج تقييم :☐ نعم ☐ لا

Summary of dependency evaluation : ملخص تقييم التبعية/الاعتماد:

The physical functional capacity , part 2 of fall evalution and the clinical assessment & Walking dcoutaid show that the elderly is : Independent مستقل/غير معتمد Need assistance يحتاج مساعدة Dependent. مستقل/غير معتمد

If independent or need assistance the elderly needs refer to hospital for further evaluation and management . Result: Needs referral ☐ Yes ☐ No

إذا غير مستقل أو يحتاج إلى مساعدة فان المسن يحتاج إلى الإحالة للمستشفى لتقيم وتدبر أكثر. النتيجة : يحتاج تقييم : ☐نعم ☐لا

If the elderly has chronic disease (DM or hypertension) : Review his/her chronic disease file to check it :

إذا كان المسن يعاني من مرض مزمن (السكري ، أرتفاع ضغط الدم) - هل سجل في ملفه أو ملفها :

- Does any complications registered ? (such as neuropathy gangrene/skin infections …etc) ☐ Yes ☐ No — أي مضاعفات مثل: (اعتلال الأعصاب غرغرينا / التهاب الجلد ... إلى آخره)
- Ask the elderly if he has any inquiry .... اسأل المسن إذا لديه أي استفسار

Review his/her chronic disease file to check if: تحقق من مراجعة ملفه لما يلي

- His/her hypertension controlled:BP is: BP < 130/80 for 3 successive visits. ☐ Yes ☐ No — التحكم في ضغط الدم المرتفع: قراءة ضغط الدم اقل من 130/80 في 3 زيارات متتالية
- His/her DM controlled:FPS is 70-130 mg/dl for 3 successive visits. ☐ Yes ☐ No — التحكم في مرض السكري: معدل السكر بالدم صائم ما بين 70-130 ملغ/دسم في3زيارات متتالية
- His/her DM controlled:RPS is <180 mg/dl for 3 successive visits. ☐ Yes ☐ No — التحكم في مرض السكري: معدل السكر بالدم عشوائي ما بين اقل من180ملغ/دسم في3زيارات متتالية
- His/her DM controlled:HbA 1c is < 7% for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — التحكم في مرض السكري: معدل هيموغلوبين السكري اقل من 7% في زيارتين متتاليتين
- His/her LDL cholesterol controlled:<100 mg/dl (<2.6 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — اقل من100ملغ/دسم معدل الكولسترول منخفض الكثاف اقل من 2,6 مول/لتر في زيارتين متتاليتين
- His HDL cholesterol controlled:>40mg/dl (>1 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — معدل الكولسترول عالي الكثافة: أكثر من 40 ملغ/دسم (للذكور) أكثر من 1 مول/لتر(في زيارتين متتاليتين)
- His HDL cholesterol controlled:>50mg/dl (>1.3 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — معدل الكولسترول عالي الكثافة: أكثر من 50 ملغ/دسم (للاناث) أكثر من 1,3 مول/لتر (في زيارتين متتاليتين)

Problem List : قائمة المشاكل

A- Mental Problems: 1 ---------------------- 2---------------------------- 3---------------------- أ- المشاكل العقلية

B-Physical Problems: 1 ---------------------- 2---------------------------- 3---------------------- ب- المشاكل الجسدية

C- Social Problems : 1 ---------------------- 2---------------------------- 3------------------- جـ- المشاكل الاجتماعية

D- Other Issues : 1 ---------------------- 2---------------------------- 3--------------------------- د- مشاكل أخرى

Provisional diagnosis : التشخيص المبدئي

Treatment Plan :

خطة العلاج

A- Non – pharmacological :
أ- العلاج غير الدوائي :

Life style modification and health education:
تغيير نمط الحياة والتثقيف الصحي

1- Increase daily movement range in the house:
زيادة معدل الحركة اليومية في المنزل

2- Exercise type, frequency and duration :
نوع النشاط الرياضي – تكراره ومدته

3- Diet instruction :
تعليمات التغذية

B: Pharmacological — **ب- الأدويــة:**

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -

C: Referral to :

جـ- الإحالة إلى:

☐Dental clinic — ☐ عيادة الأسنان
☐Social worker in the center or to the hospital — ☐ بالمركز أو بالمستشفى الاجتماعية الأخصائية
☐Hospital (specify why) --- ☐ للمستشفى- حدد لماذا

D: Follow up :

د- المتابعة:

Next appointment : --- الموعد القادم

Doctor's name:

Doctor's signature and stamp

إرشـــــادات :

- مثال لحساب ٥٪ و ١٠٪ بالنسبة لتغير الوزن :

إذا كان وزن المرض ٥٠ كجم فإن حساب نقص الوزن كمايلي :

(٥٪) من وزنه = ٥ X ٥٠ / ١٠٠ = ٢،٥ كجم .

إذا نقص وزن المريض خلال شهر أكثر من ٢،٥ كجم أي أصبح وزنه أقل من ٤٧،٥ كجم فذلك يعد فقدان غير طبيعي للوزن .

(٥٪) من وزنه = ١٠ X ٥٠ / ١٠٠= ٥ كجم .

إذا نقص وزن المريض خلال ٦ أشهر أكثر من ٥ كجم أي أصبح وزنه أقل من ٤٥ كجم فذلك يعد فقدان غير طبيعي للوزن .

Instructions:

- An example for calculating 5% and 10% of weight change:

If the weight of the elderly is 50 kg, then the weight loss is calculated as the following:

(5%) of weight = (5 × 50) ÷ 100 = 2,5 kg.

If the lack of the elderly's weight during one month is more than 2.5 kg, i.e. be weighed less than 47.5 kg then this is abnormal loss of weight.

(10%) of weight = 10 × 50 ÷ 100 = 5 kg.

If the lack of the elderly's weight within 6 months more than 5 kg, i.e. be weighed less than 45 kg it is considered abnormal loss of weight.





تعليمـــات لفحص ™Mini-cog

عزيزي مقدم الرعاية الصحية

التـدهـور الإدراكـي مشكلة منتشرة بين المسنين ومن الممكن أن تؤثر علي قدرتهم علي التواصل مع الآخرين و العناية بأنفسهم والمحافظة علي نظام حياة صحي أو حتى القيام بأنشطة تستدعي التخطيط والتنفيذ مثل تناول الأدوية في مواعيدها .

إن التدهور الإدراكي قد يكون مؤقتاً أو مستمراً حسب أسبابه والتي تشمل : مشاكل صحية حادة ، الآثار والجانبية للأدوية والإضطرابات النفسية ومشاكل النوم والأمراض الدماغية والإضطرابات الأيضية وغير ذلك .

للبحث عن الدهور الإدراكي في بيئة الرعاية الصحية الأولية فإن لإختبار ™Mini-cog هومن الإختبارات المنصوح بها بشدة[١] . أن فعاليته في التعرف على المرضى المصابين بالتدهور الإدراكي بسبب الخرف مساوية[٢] وأحياناً تتفوق على بعض الإختبارات الآخرى[٣] التي تستعمل في بيئة مشابهة ولكن مع تدريب أقل ووقت أقصر لعمل الإختبار . الرجاء تذكر أن الحصول علي درجة منخفضة في إختبار ™Mini-cog لا يشير إلى تشخيص معين لكنه يشير إلى الحاجة لتقييم أدق تعتمد تفاصيله علي حالة المريض العامة وعلي متغيرات فردية .

الفئة العمرية المستهدفة : ٦٠ عـامـاً فما فـوق .

تقديم الإختبار : مســـاعد طبـي فما فـوق .

مدة الإختبار : ٢-٥ دقائـق .

الوظائف الإدراكية المستهدفة : الذاكرة قصيرة الآمد والفهم اللغوي والمهارات البصرية الحركية والتفكير المجرد والوظائف التنفيذية.

Instructions for Mini-cog™

Dear healthcare professional

Cognitive impairment (CI) is prevalent among the elderly , potentially affecting their ability look after themdelves , communicate with other , maintain a healthy lifestyle or even conduct activities that require active planning and execution such as taking medications . The nature of CI may be temporary or persistent depending on the cause . Causes of CI include acute medical problems , medication side effects , psychiatric disorders , poor sleep , brain disorders , metabolic derangement and many other . Screeing for CI allows for early identification of some of these causes and assessment treatment and management of their impact on overall patient health care .

To screen for CI in primary care setting , the Mini-cog is one of the highly recommended tools[1] . Its ability to identify patients with cognitive impairment due to dementia is as good[2] or better[3] than other commonly used screening tools in primary care but in less time and with less training . Please be aware that a low Mini-cog™ score is not indicative of a specific diagnosis . it does indicate the need for further assessment depending on the patient's general condition and individual variables . The following are basic characteristics of Mini-cog™ :

Age range : 60 years and above .

Administration : medical assistant or above .

Administration time : 2-5 minutes .

cognitive functions tested : short-term memory , language comprehension , visual-motor skills , abstract thinking and executive function .

1. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J , Whelion R . Screening for dementia in primary care a review of the use , efficacy and quality of measures . Int Psychogerietr . 2008 Oct ,20(5) : 911-26 .
2. (Brodafy H, Low LF, Gibson L, Burns K, What is the best dementia screening instrument for genera practitioners to use ? Am J Geriatr Psychiatry . 2006 May:14(5):391-400 .
3. Holsinger T , Plassman BL , Stechuchak KM , Burke JR , Coffman CJ , Williams JW Jr.Screening for cognitive impairment : comparnig the performance of four instruments in primary care .
J Am Geriatr Soc 2012 Jun 60(6) :1027-36 .





تقييم الساعــة

الساعة الطبيعية فيها كل العناصر التالية :

١. كل الأرقام من ١ - ١٢ كل رقم مرة واحدة فقط موجودة بالترتيب والإتجاه الصحيح (بإتجاه عقارب الساعة) بداخل الدائرة .

٢. يوجد خطين أحدهما يؤشر على رقم ١١ والأخر يؤشر ٢ .

- كل ساعة فاقدة لأي من هذه العناصر يتم تقييمها ساعة غير صحيحة .
- رفض رسم الساعة يتم تقييمها ساعة غير صحيحة .

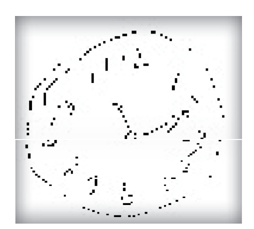
Clock scoring

A NORMAL CLOCK HAS ALL OF THE FOLLOWING ELEMENTS :

1. All numbers 1-12 each only once , are present in the correct order and direction (clockwise) inside the circle .
2. Two hands are present , one pointing to 11 and one pointing to 2 .

ANY CLOCK MISSING ANY OF THESE ELEMENTS IS SCORED ABNORMAL
REFUSAL TO DRAW A CLOCK IS SCORED ABNORMAL .

الساعة الطبيعية
Normal watch



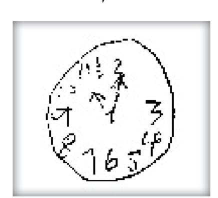
بعض الأمثلة لساعة غير صحيحة (يوجد أمثلة أخري كثيرة)
SOME EXAMPLES OF ABNORMAL CLOCKS (THERE ARE MANY OTHER KINDS)

خطوط غير صحيحة



Abnormal hands

أرقـــام مفقودة



Missing Numbers

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية
الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية
"برنامج رعاية المسنين"



ملف الفحص الدوري السنوي للمسنين
Annual Elderly Comprehensive Check-up

المنطقة : .... مركز صحي: ....

Patient Name : ______ **: أسم المريض**

File No. : ______ **: رقم الملف**

Vital signs / العلامات الحيوية :

الحرارة / Temp. ____ °C   معدل التنفس / Resp. rate ____ min. /

النبض / Pulse ____   المعدل / rate ____ min. /   منتظم / Regular   No ☐   Yes ☐

الوزن / Weight ____ kg   الطول / Height ____ cm   مؤشر كتلة الجسم / BMI ____

ضغط الدم / Blood pressure ____   جالس / Sitting ____ mmHg   مستلقي / Lying ____ mmHg

الضغط بعد الوقوف لثلاثة دقائق / BP after standing for three minutes ____ mmHg

تم اكتشاف ضغط دم وضعي : Postural hypotension detected   No ☐   Yes ☐

(Postural hypotension is a decrease in lying BP after standing for three minutes >20//10 mm Hg)

(ضغط الدم الوضعي هو انخفاض في ضغط الدم بعد الوقوف لمدة ثلاثة دقائق بمقدار > ٢٠ / ١٠ ملم زئبق)

Comprehensive screening for elderly الفرز الشامل للمسن

A . Memory الذاكرة

1 . Instruct: "I am going to name 3 objects: pencil, truck, book. I will ask you to repeat their names now & then again few minutes from now. Please try to remember them."

تعليمات : "سأذكر لك اسم ٣ قطع : قلم رصاص ، وشاحنة، وكتاب. وسأطلب منك أن تكرر أسمائهم الآن وبعد عدة دقائق. يرجى محاولة تذكرها ".

All 3 objects named? هل ذكر ٣ أسماء؟ Yes ☐ No ☐ (Item D) سجل هذا السؤال بعد السؤال عن القدرة الوظيفية الفعلية

2 . Ask him / her again & record this after asking question on physical functional Capacity (Item D)

B. Urinary Incontinence سلس البول

1. Ask "In the last year have you ever lost your urine and gotten wet? " أسال " في السنة الماضية هل تبولت على نفسك أو شعرت برطوبة "

Yes ☐ No ☐ If yes, then ask the following: أذا كانت الإجابة نعم أسال الأتي؟

2- "Have you lost urine over the past week? هل تبولت على نفسك خلال الأسبوع السابق؟

If yes to both questions, do part 1 of Urinary incontinence Screening :- أذا الإجابة نعم للسؤالين أبدا بتقييم سلس البول الجزء ١

Urinary incontinence screening - PART 1 تقييم سلس البول الجزء ١

Genitourinary history تاريخ الجهاز البولي   Bladder tumor ورم بالمثانة ☐   Prostate problem / مشاكل البروستات ☐

Kidney stones / حصى الكلى ☐   Recurrent UTI / التهاب الجهاز البولي المتكرر ☐

Women only / للنساء فقط : Number of Pregnancies ____ عدد مرات الحمل   How long Menopause? ____ متى بدأ سن اليأس

Estrogens use / استخدام الأستروجين ☐   Hysterectomy/ أستصال الرحم ☐

Family history cancer breast / التاريخ العائلي لسرطان الثدي ☐   Ovaries removed / أستصال المبايض ☐

Summary of urinary incontinence ملخص سلس البول

1- When did the problem begin? متى بدأت المشكلة ؟

2- Does it influence with your activities of daily living? هل المشكلة مؤثرة على نشاطك اليومي ؟ Yes ☐ No ☐

If yes, how? أذا نعم , كيف ؟





3- What makes the problem worse? ما الأسباب التي تزيد المشكلة ؟ Running / الجري ☐ Sneeze, cough/ العطس,الكحة ☐

Laugh/ الضحك ☐ Lift / القيام ☐ Bending down / الأنحناء ☐ Running water/ جريان الماء ☐

4- What problems do you have with passing your urine? (adapt culturally) هل توجد مشاكل أثناء التبول ؟

Starting / في البداية ☐ Slow stream/ التدفق بطئ ☐ Discomfort / عدم ارتياح ☐

Hematurea / بول مع دم ☐ Incomplete emptying / عدم اكتمال التبول ☐

5- Voiding problems (circle all that apply) : ☐ Damp without recognition / تبلل دون إدراك مشاكل التبول

Indefinitely / دائما ☐ Few minutes لدقائق ☐ Minute or two/ دقيقه أو دقيقتين ☐ Nocturia التبول الليلي ☐: Can hold يمكن أن تتحكم بالبول

Result: Needs referral to Dr for part two : **النتيجة :** تحتاج لتحول الى الطبيب لتقييم الجزء الثاني سلس البول Yes ☐ No ☐

C. Depression الاكتئاب

Ask " Do you often feel sad or depressed?" أسال " هل تشعر بالحزن أو الاكتئاب غالبا " Yes ☐ No ☐

If yes, refer to Dr to do GDS examination أذا نعم حول إلى الطبيب لعمل فحص GDS

Result: Needs "GDS examination" : **النتيجة :** تحتاج فحص GDS Yes ☐ No ☐

D: .Physical Functional Capacity (immobility) : القدرة الوظيفية البدنية (عجز الحركة)

Ask "Are you able to ..... " أسال " هل لديك المقدرة على

1. Run/fast walk to the Mosque? الجري/ المشي سريعاً للوصول للمسجد ؟ Yes ☐ No ☐

2. Do heavy work around the house -washing windows, walls or floors?

هل تقوم بالأعمال المنزلية – غسيل النوافذ – الأراضي – الجدران ؟ Yes ☐ No ☐

3. Go shopping for groceries or clothes? الذهاب للتسوق للبقالة أو شراء الملابس Yes ☐ No ☐

4. Get to places out of walking distance drive ? التنقل إلي الأماكن البعيدة بالسيارة Yes ☐ No ☐

5. Bath, either a tub bath or shower? الأستحمام أو الوضوء؟ Yes ☐ No ☐

6. Dress - putting on a shirt, buttoning &zipping, or putting on shoes?

تغيير الملابس–ارتداء الثوب أو القميص–غلق السحاب–غلق الأزرار–ارتداء الحذاء؟ ☐Yes ☐No Positive screen (for each):

Unable to do or able to do with help or supervision from another person

الفحص الإيجابي (لكل منها) : غير قادر على القيام بعمل ما أو قادر على أن يفعل مع مساعدة أو إشراف من شخص آخر

If positive, refer to doctor. إذا كان إيجابي، تحول إلى الطبيب

Result : Needs referral to Dr : ☐Yes ☐No **النتيجة :** يحتاج تحويل إلى الدكتور

Have patient complete 3 item recall above for memory test : Ask for three items recall :-

هل المريض تذكر ٣ أسماء في فحص الذاكرة أعلاه , أساله أن يكررها مرة أخرى

1) ____ 2) ____ 3) ____

All 3 objects named? هل ذكر ٣أسماء؟ Yes☐ No☐

If no, refer to Dr to do MMSE examination. إذا كانت الإجابة لا يتم تحويل المريض إلى الطبيب لعمل فحص MMSE

Result : Needs MMSE examination ☐Yes ☐No **النتيجة :** يحتاج لفحص MMSE

E.: Falls السقوط

1- Have you fallen 2 or more times in the past 12 months? هل سقطت مرتين أو أكثر في الـ ١٢ شهر الماضية؟ ☐Yes ☐No

If no, then do the following: اذا الإجابة لا أفعل الأتي

2- Instruct: " Rise from the chair, walk around it without holding on " أطلب منه " قف من الكرسي امشي حوله بدون أن تمسكه

Unable to do: غير قادر على فعل ذلك Yes ☐ No ☐ Unsteady: غير مستقر Yes ☐ No ☐

If yes to at least one question then do part 1 of fall management:, إذا نعم على الأقل لإجابه واحد عندها قم بتقييم السقوط

Fall management- PART 1 تقييم السقوط الجزء ١

History of the elderly Falls ______ :تاريخ سقوط المسن

Description of the fall وصف السقوط

Tell the elderly that we need to hear the details of your falls so we can understand what is causing them.

Answer the following questions about your last fall.

أخبر المسن أنه يجب أن يشرح بالتفصيل كيفية سقوطه حتى نتمكن معرفة سبب السقوط

أجب الأسئلة التالية عن أخر سقوط لك

1- When was this fall? متى كان السقوط Date التاريخ (approximate تقريباً) ______

Time of Day ______ وقت السقوط

2- What were you doing before you fell? ماذا كنت تفعل قبل السقوط ______

3- Do you remember your fall, or did someone tell you about it? هل تتذكر أنت أنك سقطت أو أن شخص أخر أخبرك بذلك

4- How did you feel just before? ماذا شعرت قبل السقوط

5- How did you feel going down? ماذا شعرت أثناء السقوط

6- What part of your body hit? أي جزء في جسمك أُصيب

7- did it strike? هل اثرت فيك

8- What was injured? Yes ☐ No ☐ ماذا أنجرح

9- Anything else you recall? Yes ☐ No ☐ هل تريد أن تتذكر شي أخر

10- Do you think you passed out? Yes ☐ No ☐ هل فقدت الوعي

11- Do you have joint pain? Yes ☐ No ☐ هل تشتكي من الأم بالمفاصل

12- Do you have joint instability? Yes ☐ No ☐ هل تشعر بعدم الراحة بالمفصل

13- Do you have foot problems? Yes ☐ No ☐ هل لديك مشاكل بالقدم

14- Do you use a cane/walker? Yes ☐ No ☐ هل تستخدم عصا أو مشايه

15- How often have you fallen in the past six months? ______ كم مرة سقطت خلال ٦أشهر الماضية

What medication are you currently taking? ما الأدوية التي تستخدمها حالياً

1- Psychotropic medications أدويه نفسية ☐ 2-Diuretics / مدرات بول ☐ 3-Antiarrhythmics / مضادات أرتعاش القلب (منظم دقات القلب) ☐

Noticed any vision changes لأحظ أي تغير في النظر ☐ Yes ☐ No

Did eye exam past year :هل أجرى فحص نظر ☐ Yes ☐ No

Result : Needs "part 2 -Falls management" : ☐Yes ☐ No **النتيجة :** يحتاج فحص السقوط الجزء ٢

G: Nutrition التغذية

Have you noticed a change in your weight over the past 6 months? Yes ☐ No ☐ هل لاحظت تغيير في الوزن خلال ٦أشهر الماضية

Increase الوزن زيادة ______ Kg decrease انخفاض الوزن ______ Kg

Compare with latest recorded weight: قارن بأخر وزن للمسن في الملف

Record: Date ___ / ___ / ___ , Today's weight ___ Kg. كيلو ___ الوزن اليوم ___ / ___ / ___ : سجل التاريخ

Is there significant weight loss detected (i.e. unintentional weight loss > 5% in 1 month or 10% in 6 months)

Yes ☐ No ☐ (هل هناك تغيرمهم في الوزن ؟ يعني فقد وزن بغير قصد أكثر(٥ ٪ في شهر)١ أو(١٠ ٪ في ٦ أشهر

Result : Needs referral to the doctor for referral to the hospital : Yes ☐ No ☐ **النتيجة :** يحتاج تحول للطبيب للإحالة الى المستشفى

H: Hearing السمع

Stand behind patient and ask him to repeat after you - 6, 1, 9; قف خلف المريض وأطلب منه أن يكرر الأرقام

(softly then in normal voice بصوت منخفض ثم بصوت عادي)

Soft: بصوت منخفض		Right Ear الأذن اليمنى		Left Ear الأذن اليسرى	
Normal بصوت عادي		Right Ear الأذن اليمنى		Left Ear الأذن اليسرى	

Positive Screen : patient unable to hear in both ears or in one ear **النتيجة الإيجابية :** المريض غير قادر على السمع بكلتا الأذنين أو في أذن واحدة

If problem detected refer إذا وجدت مشكلة يحول

Result : Needs referral to the doctor for referral to the hospital : ☐Yes ☐No **النتيجة :** يحتاج تحول للطبيب للإحالة الى المستشفى

I: Vision البصر

1-Ask:"Do you have difficulty reading or doing any of your daily activities because of your eyesight?"(even with wearing glasses) . (حتى مع ارتداء النظارات) أسأل: هل لديك صعوبة في القراءة أو القيام بأي من الأنشطة اليومية بسبب نظرك؟

Positive screen: النتيجة ايجابية ☐ Yes ☐ No

If positive screen, complete Snellen eye chart (without glasses & then with glasses)

(بدون نظارة ثم بنظارة) إذا النتيجة ايجابية أكمل فحص لوحة النظر Right Eye العين اليمين Left Eye العين اليسار

If Snellen eye chart result is less than 6/12 refer to hospital إذا كانت نتيجة الفحص اقل من يحول للمستشفى ١٢/٦

Result : Needs referral to the doctor for referral to the hospital : Yes ☐ No ☐ **النتيجة :** يحتاج تحويل للطبيب للإحالة الى المستشفى

High risk factors عوامل التعرض للخطر

	Risk factors	عوامل الخطورة	Yes	No
1	Elderly more than 85 years old	العمر أكثر من ٨٥ سنة		
2	Any of the following chronic disease	أي من الأمراض المزمنة التالية		
	2.1 Diabetes	السكري		
	2.2 Hypertension	أرتفاع ضغط الدم		
	2.3 Diabetes and hypertension	السكري و أرتفاع ضغط الدم		
	2.4 Bronchial asthma	الربو		
	2.5 Obesity BMI > 30	السمنة		
	2.6 Underweight BMI<23	نفص الوزن		
3	Hyperlipidemia	أرتفاع الدهون بالدم		
4	Unintentional weight loss > 5% in 1 month or 10% in 6 months	فقد وزن بغير قصد أكثر ٥ ٪ في شهر ١ أو ١٠ ٪ في ٦ أشهر		
5	Cardiovascular system risk	معرض للإصابة بمرض في جهازالقلب و والأوعية الدموية		
6	Social deposition	عزلة اجتماعية		
7	Recently discharged from hospital	الخروج مؤخرا من المستشفى		
8	Physical disability	إعاقة جسدية		
9	Deafness	الصمم		
10	Blindness	العمى		
11	Delirium, depression	هذيان أو اكتئاب		
12	Walking difficulty	صعوبة في المشي		
13	Cognitive disability – of any degree	عجز في الإدراك – من أي درجة		
14	Grieving due to recent death of a close relative or friend	حزين بسبب وفاة قريب أو صديق		
15	Bed ridden	طريح الفراش		
16	Taking more than five drugs simultaneously	يستخدم أكثر من خمس أدوية في وقت واحد		
17	Elderly Abuse / misuse	سوء معاملة المسن		





The nurse Final findings for the part one of the elderly evaluation: نتيجة التقييم النهائي للممرضة

A- The elderly : هل المسن ؟

1- ☐ Normal طبيعي

2- ☐ Has high blood pressure لديه ارتفاع في ضغط الدم

3- ☐ Has hypotension لديه انخفاض ضغط الدم الوضعي

4 - Suspected to have: يشتبه أن يكون لديه

☐ depression الأكتئاب ☐ delirium الهذيان ☐ dementia الخرف

☐ Urinary incontinence سلس البول ☐ Fall risk معرض للسقوط

☐ Immobility عاجز عن الحركة ☐ hearing/visual / nutritional impairment مشاكل السمع / النظر / التغذية

B- The elderly needs referral to the Dr for :- المسن يحتاج تحويل للطبيب بسبب

1 - ☐ Memory evaluation (MMSE) تقييم الذاكرة

2 - ☐ Urinary incontinence evaluation –part 2 تقييم سلس البول الجزء ٢

3 - ☐ Depression evaluation (GDS) تقييم الأكتئاب

4 - ☐ Physical function capacity (immobility) القدرة الوظيفية البدنية (عجز الحركة)

5 - ☐ Falls evaluation – part 2 تقييم السقوط الجزء ٢

6 - ☐ Nutritional status evaluation in the hospital تقييم التغذية في المستشفى

7 - ☐ Hearing evaluation at the hospital تقييم السمع في المستشفى

8 - ☐ Vision evaluation at the hospital تقييم النظر في المستشفى

Nurse's name : ____________ **اسم الممرض/ة**

Signature : ____________ **التوقيع الممرض/ة**





Part two: By the doctor الجزء الثاني: بواسطة الطبيب / الطبيبة

Review the result of the nurse assessment **Yes** ☐ **No** ☐ مراجعة نتائج تقييم المرضة

Complaint and current illness : الشكوى أو المرض الحالي

From the attendant elderly himself ☐ من المسن نفسه ☐ From the companion من المرافق للمسن

Current medications : **الادوية الحالية :**

The elderly adhere to his drugs Yes☐ No☐ المسن ملتزم بأخذ الدواء بانتظام يوميا

The elderly has brought all his drugs with him today: Yes ☐ No ☐ احضر المسن كل أدويته معه اليوم

There are drugs prescribed by Drs outside center: Yes☐ No☐ توجد أدوية وصفها أطباء من خارج المركز

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

There are drugs with similar generic name but with different trade names : Yes☐ No☐ توجد أدوية لها نفس الاسم العلمي ولكن لها أسماء تجارية مختلفة

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

Taking any over the counter drugs (OTC): Yes☐ No☐ يتناول المسن أدوية يمكن شراؤها بدون وصفة طبية:

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

There are side effects of the currently used medications: Yes☐ No☐ توجد آثار جانبية للعلاجات المستخدمة حاليا

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

Ask the elderly to describe a normal day and conclude :- أطلب من المسن أن يصف لك يوم طبيعي وأستنتج

Is his physical function normal Yes☐ No☐ هل يؤدي الأنشطة اليومية بشكل طبيعية ؟

Is his mental function normal Yes☐ No☐ هل وظائفه العقلية/الذهنية طبيعية؟

If yes specify.. إذا يوجد اذكرها

....

Clinical examination : **الفحص السريري / الإكلينيكي**

General appearance examination	**Yes**	**No**	**فحص المظهر العام**
Answering questions willingly			لدى المسن الرغبة في الإجابة على الأسئلة
Pallor			شحوب
Jaundice			اصفرار
Alert			واعي
Skin bruises If Yes specify number & size Specify its cause :			كدمات جلدية: إذ يوجد حدد عددها وحجمها .... اذكر الأسباب : ....
Eye	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص العين**
Normal conjunctiva If No Specify :			الملتحمة: طبيعية إذا لا حدد :
Pupils symmetrical & reactive			البؤبؤين متناظرين ومتفاعلين للضوء
Cataract			مياه بيضاء/ إعتام عدسة العين
ENT	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الأنف والأذن والحنجرة**
External scars, lesions or masses			دبات خارجية أو إصابات أو أورام
Normal tympanic membranes			الأغشية الطبلية : طبيعية
Hearing difficulty			صعوبة في السمع
Neck	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص العنق**
Symmetrical without masses			متناظرة بدون أورام
Palpable lymph nodes			غدد ليمفاوية مجسوسة
Thyroid : enlargement, tenderness If yes describe :			الغدة الدرقية : متضخمة ، مؤلمة إذا نعم أوصف ....

Cervical spine deformity			تشوهات في العمود الفقري العنقي
Cervical spine stiffness			صلابة في العمود الفقري العنقي
Increase JVP			زيادة في ضغط الدم الوريدي الوداجي
Chest and lungs Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الصدر والرئتان**
Normal chest shape			شكل الصدر: طبيعي
Chest percussion			قرع الصدر: طبيعي
Normal lungs auscultation If No Specify :			تسمع الرئتين : طبيعي إذا لا اذكرها :
Heart Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص القلب**
Normal apex location			موقع قمة القلب : طبيعي
Normal heart sounds			أصوات القلب : طبيعية
Femoral pulse felt			نبض الشريان الفخذي : مجسوس
Breast Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الثدي**
Normal inspection			الفحص بالنظر : طبيعي
Normal palpation			الفحص باللمس : طبيعي
Palpable axillary lymph nodes			الغدد الليمفاوية الابطية : مجسوسة
Abdomen and pelvis Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص البطن والحوض**
Normal inspection			الفحص بالنظر : طبيعي
Normal palpation If a mass felt , describe it :			الفحص باللمس : ألم أو ورم إذا وجد ورم أوصفه:
Palpable liver			الكبد : مجسوس
Palpable spleen			الطحال : مجسوس
Palpable kidney			الكلى : مجسوسة
Hernia If Yes, describe :			فتاق إذا وجد أوصفه:
Central nervous system Examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الجهاز العصبي المركزي**
Oriented to place, Time person			واعي للمكان واعي للوقت واعي للأشخاص
Tremors If yes specify:			رعشه إذا نعم حددها ....
Cranial nerves abnormality If no specify:			أعصاب القحفية / الجمجمية : طبيعية إذا لا حددها ....
Motor system abnormality If no describe:			الجهاز الحركي : طبيعي إذا لا أوصفه ....
Reflex abnormality If no specify:			المنعكسات : طبيعية إذا لا أوصفها ....
Neuropathy If yes specify:			اعتلال عصبي إذا نعم حدده ....
Gait abnormality If no describe:			المشية : طبيعية إذا لا أوصفها ....
Foot examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص القدم**
Normal skin If no describe:			الجلد : طبيعي إذا لا أوصفه ....
Lower limb edems			وذمة (تورم) في الطرف السفلى
Sensation : normal If no describe:			الاحساس : طبيعي إذا لا أوصفه ....
Ankle joint movement : normal			حركة مفصل الكاحل : طبيعية
Dorsales pedalis: pulse felt			شريان القدم الظهري: نبض مجسوس

Joint examination	Yes نعم	No لا	فحص المفاصل
Joint defirmity If Yes Specify :			تشوه في المفاصل إذا نعم حددها ....
Joint movement normal If no specify:			حركة المفاصل : طبيعية إذا لا حددها ....
Back examination	**Yes نعم**	**No لا**	**فحص الظهر**
Back defirmity If Yes Specify :			تشوه الظهر إذا نعم حددها ....
Back movement abnormality If no specify:			حركة الظهر : طبيعية إذا لا حددها ....

Additional description of positive findings (including behavioral changes)...

وصف إضافي للنتائج الإيجابية (بما في ذلك تغييرات السلوك)...

Investigations :

الفحوصات :

- CBC صورة دم كاملة
- Cholesterol and lipids كوليسترول ودهون
- Urine microscope فحص مجهري للبول
- ECG تخطيط القلب
- U&E املاح وبولينا
- TSH هرمون الغدة الدرقية
- Others (specify) أخرى أذكرها ....
- Fasting serum glucose سكر بالدم صائم
- LFT وظائف الكبد
- Occult blood in the stool الدم الخفي في البراز
- B12 فيتامين ب12
- CXR أشعة الصدر

Further evaluations - Done if the comprehensive screening results are positive screening for:

تقييم أخر: ينفذ إذا كانت نتيجة التقييم الشامل فرز ايجابية لما يلي:

- Urine incontinence - do part 2 its evaluation — سلس البول - نفذ الجزء الثاني لتقييمه
- Depression - Do GDS — الاكتئاب - نفذ مقياس الاكتئاب عند المسنين
- Falls : Do part 2 evaluation of falls — السقوط - نفذ الجزء الثانني لتقييمه
- Memory impairment: Do Mini-cog test — اضطراب الذاكرة: نفذ فحص الإدراك المختصر

PART 2 of urinary incontinence management – if needed: الجزء 2 من تقييم سلس البول إذا يحتاج :

Medication review : What medication are you currently taking? مراجعة الأدوية : ما هي الأدوية التي تستخدمها حاليا؟

β blocker, حاصر بيتا sedative, مسكن / مهدي narcotic, مخدر diuretic, مدر البول

calcium channel blockers, حاصر قناة الكالسيوم anticholinergic, مضادات الكولين cold remedy, علاج البرد

non-prescription drugs, أدوية بدون وصفة طبية herbals الأعشاب

Result of part 1 and 2 of Urine Incontinence evaluation **نتيجة تقييم الجزء 1 و2 لسلس البول**

Needs referral to the hospital for management : ☐ Yes ☐ No يحتاج إحالة إلى المستشفى للتدبر

Geriatrics depression scale (GDS): مقياس الاكتئاب عند المسنين

Instruction: Ask the elderly to choose the answer that best describe how he felt over the past week:

تعليمات: أطلب من المسن أن يختار الجواب الذي يصف أفضل كيف يشعر خلال الأسبوع الماضي

Scoring Instructions: Score one point for each answer of 1.

		Yes	No
1-	Are you basically satisfied with your life? بشكل عام هل أنت راض عن حياتك ؟	0	1
2-	Have you dropped many of your activities and your interests? هل تركت بعض نشاطاتك واهتماماتك وأعمالك ؟	1	0
3-	Do you feel that your life is empty? هل تشعر أن حياتك بلا جدوى(عديمة الفائدة)؟	1	0
4-	Do you often get bored? هل تشعر غالبا بالضجر ؟	1	0
5-	Are you in good spirits most of the time? هل أنت في حالة معنوية جيدة في اغلب الأوقات ؟	0	1
6-	Are you afraid that something bad is going to happen to you? هل لديك مخاوف بان امرا مكروها سيصيبك ؟	1	0
7-	Do you feel happy most of the time? هل تشعر بالسعادة معظم الأوقات ؟	0	1
8-	Do you often feel helpless? هل تشعر بالبؤس أغلب الأوقات ؟	1	0
9-	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? هل تفضل البقاء بالمنزل بدلا من الخروج وعمل شيء جديد (زيارة أو عملا ؟)	1	0
10-	Do you feel you have more problems with memory than most? هل تشعر أن بحياتك مشاكل ومصاعب أكثر من غيرك من الأشخاص ؟	1	0
11-	Do you think it is wonderful to be alive now? هل تشعر بروعة وفائدة الحياة حتى الآن ؟	0	1
12-	Do you feel worthless the way you are now? هل تحس أن طريقك سيئ حتى الآن؟	1	0
13-	Do you feel full of energy? هل تشعر بالطاقة و الحيوية و النشاط ؟	0	1
14-	Do you feel that your situation is hopeless? هل تشعر أن وضعك ميؤس منه ؟	1	0
15-	Do you think that most people are most better of than you are? هل تشعر أن حياة ومعيشة الآخرين أفضل من حياتك و معيشتك ؟	1	0
	Total score مجموع العلامات	.../15	

Scoring results:. A score of 5 or more suggests depression

تقييم العلامات : بشكل عام أن العلامة لكل سؤال من هذه الأسئلة هي واحد وهو مؤشر للأكتئاب

Score : _______ GDS suggests depression: ☐ Yes ☐ No

PART 2 of Falls evaluation – if needed: الجزء 2 من تقييم السقوط إذا يُحتاج

A- Gait (by observatin) : Normal طبيعية Abnormal غير طبيعية أ- المشية (بالملاحظة):

B- Elderly used walking aid ○Yes ○No ب- المسن يستخدم أداة مساعدة للمشي :

If yes specify: ○ Cane عصاة ○ Adult Walker مشاية كبار ○ Wheelchair كرسي بعجلات إذا نعم حدد:

C- Up-and-Go test:

Instructions for " Up-and-Go test "

1. Timed "Up-and-Go" : by seconds – can use a stopwatch for timing of the test duration.

2. Demonstrate the test to the elderly.
"On the word GO you will stand up, walk to the line on the floor, turn around and walk back to the chair and sit down. Walk at your regular pace." and a "practice walk" is allowed without timing.

" عندما أقول كلمة أذهب تقف وتمشي بخط مستقيم على الأرض تدور وتمشي راجعا للكرسي وتجلس. أمشي بسرعتك المعتادة"واسمح له بممارسة تجربة المشي بدون توقيت.

3. The elderly sits in a standard armchair. He is allowed to push off the sides or arms of the chair when getting up and can use any walking aid during the test if he normally uses one.

4. A stopwatch is used to record time from signal "Go" until the elderly returns to a seated position.

5. The doctor or nurse walks beside the elderly during the test in order to hold him if he has a risk of falling during the test

الطبيب أو المرضة يمشي بجانب المسن أثناء الاختبار لكي يمسكه إذا تعرض لخطر السقوط أثنا الاختبار

6. Up-and-Go test performance: تنفيذ اختبار قف-أذهب

Ask the elderly to perform the following series of movements. أطلب من المسن تنفيذ الخطوات التالية:

A- Stand from the chair. أ- قف من الكرسي

B- Walk 3 meters on a line on the floor at your normal pace.

ب- أمشي مسافة 3 متر على خط على الأرض بسرعتك المعتادة

C- Turn around . جـ- أستدر

D- Walk back to the chair at your normal pace. د- أمشي راجعاً للكرسي بسرعتك المعتادة

E- Sits down. هـ- أجلس

7. On word "Go" begin timing "أبدأ التوقيت عند كلمة : أذهب

8. Stop timing after the elderly has sat back down and record the time in the file:

توقف عن التوقيت بعد أن يجلس المسن مرة أخرى وسجل الوقت في الملف:

Time: _______________ seconds الوقت _______________ ثانية

Scoring of the " Up-and-Go test ": If the elderly completed the test in :-

- 10 sec : The elderly is not at risk of fall.
- ≥20 seconds : the elderly has a high risk of falls and requires referral.

D- : Balance test: Romberg's test:

Elderly stands up, shoes off with his legs closed, and he closes his eye and extends his hands. If he lose balance the test is positive.

فحص الإدراك المختصر

ملاحظة : يرجى الإطلاع على التعليمات الواردة في صفحة ١٧

١. أحصل على إهتمام المريض ثم قل : "سوف أقول ثلاث كلمات وأريدك أن تتذكرها الآن وفيما بعد ": الكلمات هي :

بيت قطة أخضر

أطلب من المسن مايلي : قل هذه الكلمات الآن (أعط المسن ثلاث محاولات لإعادة الكلمات . إذا لم يستطيع القيام بها بعد ثلاث محاولات إذهب للخطوة التالية) .

٢. قل الجمل التالية بالترتيب المذكور: "أريدك أن ترسم ساعة في الفراغ الذي بالصفحة المقابلة . إبدأ برسم دائرة كبيرة ضع كل الأرقام في الدائرة وارسم الساعة بحيث يظهر الوقت الساعة الحادية عشرة وعشر دقائق " ١١:١٠ .

أعطي المسن قلماً .

– إذا لم ينتهي المريض من رسم الساعة خلال ثلاث دقائق . توقف وإسألة عن الكلمات الثلاثة .

٣. قل «ما هي الكلمات الثلاثة التي طلبت منك أن تتذكرها» ؟

_____ _____ _____ (نقطة لكل كلمة صحيحة)

درجة تذكر الثلاث كلمات ☐

قم بتقييم الساعة :

يرجى الإطلاع علي تفسير بنود التقييم الوارد في صفحة ١٨ ثم قيم رسم الساعة

ساعة صحيحة : نقطتان ساعة غير صحيحة : صفر درجة رسم الساعة ☐

الدرجة النهائية = درجة تذكر الثلاث كلمات + درجة رسم الساعة ☐

– إذا الدرجة النهائية صفر ، ١ أو ٢ : إحتمال وجود تدهور : يحتاج المسن إلي إحالة المستشفى .

– إذا الدرجة النهائية ٣ ، ٤ أو ٥ تعني عدم وجود تدهور .

MINI-COG™

Note: Please read the instruction in page 17 .

1.Get the attention of the patient and then say :"I will say three words and I want you to remember them now and later ."The words are :

Banana Sunrise Chair

Ask the elderly the following : Say it with me (Give the patient three attempts to re-words if he could not do after three attempts go to the next step) .

2. Say the following sentences in the order mentioned :"I want you to draw a face of aclock in the next page . Start to draw a big circle . Put all the numbers in the circle and draw the hands of the time ten past eleventh - 11:10" .

Give the elderly a pen .

- If the patient did not end drawing the watch within three minutes , stop and ask him about the three words .

3.Say: "What are the three words that I asked you to remember ?"

One point for each right .

Score of remembering 3 words ☐

Score the clock :

Please read the interpretation in page 18 then score :

Normal clock : 2 points Abnormal clock 0 points clock score ☐

Total score = score of remembering the three wards + the watch score ☐

"Zero , 1 or 2" : possible deterioration : refer to hospital .

"3 , 4 or 5 mean no deterioration .

إرسم ساعة يظهر فيها الوقت فيها الساعة الحادية عشرة وعشر دقائق

Draw awatch for the time ten past eleventh

Mini-cog™ test result :

The elderly needs referral to hospital for further falls evaluation and management

☐ Yes ☐ No

Summary of the falls evaluation :-

ملخص تقييم السقوط:

1- Gait : Abnormal ☐Yes ☐No المشية: غير طبيعية

2- Up-and-Go test :≥20 secondsto ☐Yes ☐No في 20 ثانية أو أكثر

Romberg's test: positive: Yes ☐ No ☐

Result : The elderly needs referral to hospital for further falls evaluation and management Yes ☐ No ☐

إذا نعم لأي من تلك لثلاث فان المسن يحتاج إلى الإحالة للمستشفى لتقيم وتدبر أكثر.النتيجة : يحتاج تقييم: ☐نعم ☐ لا

Summary of dependency evaluation :

ملخص تقييم التبعية/الاعتماد:

The physical functional capacity , part 2 of fall evalution and the clinical assessment & Walking dcoutaid show that the elderly is : Independent مستقل/غير معتمد Need assistance يحتاج مساعدة Dependent. مستقل/غير معتمد

If independent or need assistance the elderly needs refer to hospital for further evaluation and management . Result: Needs referral ☐ Yes ☐No

إذا غير مستقل أو يحتاج إلى مساعدة فان المسن يحتاج إلى الإحالة للمستشفى لتقيم وتدبر أكثر. النتيجة : يحتاج تقييم : ☐نعم ☐ لا

If the elderly has chronic disease (DM or hypertension) : Review his/her chronic disease file to check it :

إذا كان المسن يعاني من مرض مزمن (السكري ، أرتفاع ضغط الدم) - هل سجل فى ملفه أو ملفها :

- Does any complications registered ? (such as neuropathy gangrene/skin infections …etc) ☐Yes ☐No — أي مضاعفات مثل: (اعتلال الأعصاب غرغرينا / التهاب الجلد ... إلى آخره)
- Ask the elderly if he has any inquiry .... اسأل المسن إذا لديه أي استفسار
  Review his/her chronic disease file to check if: تحقق من مراجعة ملفه لما يلي
- His/her hypertension controlled:BP is: BP < 130/80 for 3 successive visits. ☐ Yes ☐ No — التحكم في ضغط الدم المرتفع: قراءة ضغط الدم اقل من 130/80 في 3 زيارات متتالية
- His/her DM controlled:FPS is 70-130 mg/dl for 3 successive visits. ☐ Yes ☐ No — التحكم في مرض السكري: معدل السكر بالدم صائم ما بين 70-130 ملغ/دسم في3زيارات متتالية
- His/her DM controlled:RPS is <180 mg/dl for 3 successive visits. ☐ Yes ☐ No — التحكم في مرض السكري: معدل السكر بالدم عشوائي ما بين اقل من180ملغ/دسم في3زيارات متتالية
- His/her DM controlled:HbA 1c is < 7% for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — التحكم في مرض السكري: معدل هيموغلوبين السكري اقل من 7% في زيارتين متتاليتين
- His/her LDL cholesterol controlled:<100 mg/dl (<2.6 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — اقل من 100ملغ/دسم معدل الكولسترول منخفض الكثاف اقل من 2,6 مول/لتر في زيارتين متتاليتين
- His HDL cholesterol controlled:>40mg/dl (>1 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — معدل الكولسترول عالي الكثافة: أكثر من 40 ملغ/دسم (للذكور) أكثر من 1 مول/لتر(في زيارتين متتاليتين)
- His HDL cholesterol controlled:>50mg/dl (>1.3 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No — معدل الكولسترول عالي الكثافة: أكثر من 50 ملغ/دسم (للإناث) أكثر من 1,3 مول/لتر (في زيارتين متتاليتين)

Problem List :

قائمة المشاكل

A- Mental Problems: 1 --------------------- 2--------------------------- 3--------------------- أ- المشاكل العقلية

B-Physical Problems: 1 --------------------- 2--------------------------- 3--------------------- ب- المشاكل الجسدية

C- Social Problems : 1 --------------------- 2--------------------------- 3--------------------- جـ- المشاكل الاجتماعية

D- Other Issues : 1 --------------------- 2--------------------------- 3--------------------- د- مشاكل أخرى

Provisional diagnosis :

التشخيص المبدئي

Treatment Plan :

خطة العلاج

A- Non – pharmacological :
Life style modification and health education:
1- Increase daily movement range in the house:
2- Exercise type, frequency and duration :
3- Diet instruction :

أ- العلاج غير الدوائي :
تغيير نمط الحياة والتثقيف الصحي
زيادة معدل الحركة اليومية في المنزل
نوع النشاط الرياضي – تكراره ومدته
تعليمات التغذية

B: Pharmacological / **ب- الأدويـــة:**

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -

C: Referral to : / جـ- الإحالة إلى:

☐ Dental clinic / ☐ عيادة الأسنان
☐ Social worker in the center or to the hospital / ☐ بالمركز أو بالمستشفى الاجتماعية الأخصائية
☐ Hospital (specify why) -- / ☐ للمستشفى- حدد لماذا

D: Follow up : / د- المتابعة:

Next appointment : -- الموعد القادم

Doctor's name:

Doctor's signature and stamp

إرشـــــــادات :

- مثال لحساب ٥٪ و ١٠٪ بالنسبة لتغير الوزن :

إذا كان وزن المرض ٥٠ كجم فإن حساب نقص الوزن كمايلي :

(٥٪) من وزنه = ٥ X ٥٠ / ١٠٠ = ٢,٥ كجم .

إذا نقص وزن المريض خلال شهر أكثر من ٢,٥ كجم أي أصبح وزنه أقل من ٤٧,٥ كجم فذلك يعد فقدان غير طبيعي للوزن .

(٥٪) من وزنه = ١٠ X ٥٠ / ١٠٠= ٥ كجم .

إذا نقص وزن المريض خلال ٦ أشهر أكثر من ٥ كجم أي أصبح وزنه أقل من ٤٥ كجم فذلك يعد فقدان غير طبيعي للوزن .

Instructions:

- An example for calculating 5% and 10% of weight change:
If the weight of the elderly is 50 kg, then the weight loss is calculated as the following:
(5%) of weight = (5 × 50) ÷ 100 = 2,5 kg.
If the lack of the elderly's weight during one month is more than 2.5 kg, i.e. be weighed less than 47.5 kg then this is abnormal loss of weight.

(10%) of weight = 10 × 50 ÷ 100 = 5 kg.
If the lack of the elderly's weight within 6 months more than 5 kg, i.e. be weighed less than 45 kg it is considered abnormal loss of weight.




تعليمـــات لفحص ™Mini-cog

عزيزي مقدم الرعاية الصحية

التـدهـور الإدراكـي مشكلة منتشرة بين المسنين ومن الممكن أن تؤثر علي قدرتهم علي التواصل مع الآخرين و العناية بأنفسهم والمحافظة علي نظام حياة صحي أو حتى القيام بأنشطة تستدعي التخطيط والتنفيذ مثل تناول الأدوية في مواعيدها .

إن التدهور الإدراكي قد يكون مؤقتاً أو مستمراً حسب أسبابه والتي تشمل : مشاكل صحية حادة ، الآثار والجانبية للأدوية والإضطرابات النفسية ومشاكل النوم والأمراض الدماغية والإضطرابات الأيضية وغير ذلك .

للبحث عن الدهور الإدراكي في بيئة الرعاية الصحية الأولية فإن لإختبار ™Mini-cog هومن الإختبارات المنصوح بها بشدة[١] . أن فعاليته في التعرف على المرضى المصابين بالتدهور الإدراكي بسبب الخرف مساوية[٢] وأحياناً تتفوق على بعض الإختبارات الآخرى[٣] التي تستعمل في بيئة مشابهة ولكن مع تدريب أقل ووقت أقصر لعمل الإختبار . الرجاء تذكر أن الحصول علي درجة منخفضة في إختبار ™Mini-cog لا يشير إلى تشخيص معين لكنه يشير إلى الحاجة لتقييم أدق تعتمد تفاصيله علي حالة المريض العامة وعلي متغيرات فردية .

الفئة العمرية المستهدفة : ٦٠ عـامـاً فما فـوق .

تقديم الإختبار : مســـاعد طبـي فما فـوق .

مدة الإختبار : ٢-٥ دقـائـق .

الوظائف الإدراكية المستهدفة : الذاكرة قصيرة الآمد والفهم اللغوي والمهارات البصرية الحركية والتفكير المجرد والوظائف التنفيذية.

Instructions for Mini-cog™

Dear healthcare professional

Cognitive impairment (CI) is prevalent among the elderly , potentially affecting their ability look after themdelves , communicate with other , maintain a healthy lifestyle or even conduct activities that require active planning and execution such as taking medications . The nature of CI may be temporary or persistent depending on the cause . Causes of CI include acute medical problems , medication side effects , psychiatric disorders , poor sleep , brain disorders , metabolic derangement and many other . Screeing for CI allows for early identification of some of these causes and assessment treatment and management of their impact on overall patient health care .

To screen for CI in primary care setting , the Mini-cog is one of the highly recommended tools[1] . Its ability to identify patients with cognitive impairment due to dementia is as good[2] or better[3] than other commonly used screening tools in primary care but in less time and with less training . Please be aware that a low Mini-cog™ score is not indicative of a specific diagnosis . it does indicate the need for further assessment depending on the patient's general condition and individual variables . The following are basic characteristics of Mini-cog™ :

Age range : 60 years and above .

Administration : medical assistant or above .

Administration time : 2-5 minutes .

cognitive functions tested : short-term memory , language comprehension , visual-motor skills , abstract thinking and executive function .

1. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J , Whelion R . Screening for dementia in primary care a review of the use , efficacy and quality of measures . Int Psychogerietr . 2008 Oct ,20(5) : 911-26 .
2. (Brodafy H, Low LF, Gibson L, Burns K, What is the best dementia screening instrument for genera practitioners to use ? Am J Geriatr Psychiatry . 2006 May:14(5):391-400 .
3. Holsinger T , Plassman BL , Stechuchak KM , Burke JR , Coffman CJ , Williams JW Jr.Screening for cognitive impairment : comparnig the performance of four instruments in primary care .
J Am Geriatr Soc 2012 Jun 60(6) :1027-36 .





تقييم الســـاعـــة

الساعة الطبيعية فيها كل العناصر التالية :

١. كل الأرقام من ١ - ١٢ كل رقم مرة واحدة فقط موجودة بالترتيب والإتجاه الصحيح (بإتجاه عقارب الساعة) بداخل الدائرة .

٢. يوجد خطين أحدهما يؤشر علي رقم ١١ والأخر يؤشر ٢ .

- كل ساعة فاقدة لأي من هذه العناصر يتم تقييمها ساعة غير صحيحة .
- رفض رسم الساعة يتم تقييمه ساعة غير صحيحة .

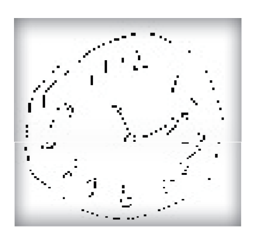
Clock scoring

A NORMAL CLOCK HAS ALL OF THE FOLLOWING ELEMENTS :

1. All numbers 1-12 each only once , are present in the correct order and direction (clockwise) inside the circle .
2. Two hands are present , one pointing to 11 and one pointing to 2 .

ANY CLOCK MISSING ANY OF THESE ELEMENTS IS SCORED ABNORMAL
REFUSAL TO DRAW A CLOCK IS SCORED ABNORMAL .

الساعة الطبيعية
Normal watch



بعض الأمثلة لساعة غير صحيحة (يوجد أمثلة أخري كثيرة)

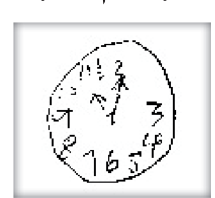
SOME EXAMPLES OF ABNORMAL CLOCKS (THERE ARE MANY OTHER KINDS)

خطوط غير صحيحة



Abnormal hands

أرقـــام مفقودة



Missing Numbers

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية
الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية
"برنامج رعاية المسنين"
المنطقة : ------------- مركز صحي: -------------



ملف متابعة صحة المسنين
Follow-up sheet for elderly health

Family file number / ---------------------------------- / رقم الملف العائلي Date / --------------------------- / التاريخ

Chronic diseases care file number / -- / رقم ملف متابعة الأمراض المزمنة

Elderly care file number / -- / رقم ملف رعاية المسنين

Year / --------- / سنة Age / --------- / العمر Full Name / -- / الأسم رباعي

Vital signs:

Weight : ------------------ kg BMI ------------------

Temp. : --------- °C Resp. rate: ----------- / min. Pulse rate -------------- /min. Regular pulse: ☐ Yes ☐ No

Blood pressure: Sitting ------------------- mmHg Lying ------------------ mmHg

BP after standing for three minutes ---------------- mmHg Postural hypotension detected ☐ Yes ☐ No

الرجاء ملاحظة وتسجيل التغيرات عن الزيارة السابقة لكل من :

الوضع الاجتماعي/الاكتئاب/سلس البول/السقوط/اضطراب النوم/الادراك العقلي/السمع/البصر/ الحالة التغذوية

Please notice and record any change from last visit for:

Social status \ Depression \ Urinary Incontinence \ Falls \ Sleep Disorder \ Mental status \ Hearing \ Vision \ Nutrition status

Review history: ☐ From the attendant elderly himself ☐ From the companion

Current medications :

The elderly has brought all his drugs with him today Yes ☐ No ☐

There are drugs prescribed by Drs outside the center Yes ☐ No ☐ If yes, specify ------------------

There are drugs with similar generic name but with different trade name ☐ Yes ☐ No

If yes, specify

Taking any over the counter drugs (OTC) or any form of remedies ☐ Yes ☐ No

If yes specify --

There are side effects of the currently used treatment Yes ☐ No ☐ If yes, list the side effects

----

Does the elderly take his medications regularly Yes ☐ No ☐ If no , specify why?

Current exercise : The elderly is performing any type of exercise ☐ Yes ☐ No

If yes, specift type : ------------- Exercise frequency --------------- Duration ----------------------------

Current social status: The caregiver is the same as stated on booking ☐ Yes ☐ No

If no specify : ---

The elderly has serious social problems ☐ Yes ☐ No If yes, describe -----------------------------------





If the elderly has chronic disease (DM or hypertension) : Review his/her chronic disease file to check if:

His/her hypertension controlled BP <130/80 for 3 successive visits ☐ Yes ☐ No

His/her DM controlled FPS 70 - 130 mg/dL for 3 successive visits ☐ Yes ☐ No

His/her DM controlled RPS <180 mg/dLfor 3 successive visits ☐ Yes ☐ No

His/her DM controlled HbA1c <7% for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No

His/her LDL cholesterol controlled : <100 mg/dL (<2.6 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No

His HDL cholesterol controlled : >40 mg/dL (1mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No

Her HDL cholesterol controlled : >50 mg/dL (1.3 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No

His/her triglycerides controlled : <150 mg/dL (17 mmol/l) for 2 successive visits ☐ Yes ☐ No

Current Complaint: Taken from the attendant elderly himself ☐ from the companion ☐

Clinical mental examination results: ☐ Oriented to time , place and person

----

Clinical physical examination results:

Problem list :

A . Mental problems : 1.------------------ 2. ------------------ 3. ------------------

B . Physical problems : 1.------------------ 2. ------------------ 3. ------------------

C . Social problems : 1.------------------ 2. ------------------ 3. ------------------

D . Other issues : 1.------------------ 2. ------------------ 3. ------------------

Investigations if needed:

Treatment plan: (Pharmacological and non- pharmacological)

Referral needed: ☐ Yes ☐ No

If yes specify why --

Next appointment:--------------------**months**

Dr's Name

Signature and stamp





المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية
الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية
"برنامج رعاية المسنين"
مديرية الشئون الصحية بمنطقة : ....
قطاع : .... للرعاية الصحية الأولية

السجل اليومي لخدمات رعاية المسنين

Daily Elderly Care Services Registry

وزارة الصحة
Ministry of Health

اليوم / ....

التاريخ / / ١٤٣ هـ

مركز صحي / ....

أسم الطبيب /

م	رقم الملف	الاسـم كاملا	العمر	الجنس sex		الجنسية Nationality		المرافق في الزيارة	الشكوى الرئيسية	الإجراءات المتخذة	نصائح وملاحظات
No.	File No.	Full name	Age	ذكر M	أنثى F	س S	غ س N.S.	Companion	Cheif Complaint	Procedures Taken	Advices & remarks

HR.80





المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية
الإدارة العامة لشئون المراكز والبرامج الصحية
"برنامج رعاية المسنين"
مديرية الشئون الصحية بمنطقة : ....
قطاع : .... للرعاية الصحية الأولية

السجل الدائم لخدمات رعاية المسنين
Permanent Elderly Care Services Registry

وزارة الصحة
Ministry of Health

م	رقم الملف File No.	الاسم كاملا Full name	رقم الهاتف Telephone No.	تاريخ الميلاد Date of birth	الجنس sex		الجنسية Nationality		الراعي الرئيسي Main care-giver	أهم المشاكل الصحية Main medical problems	المراجعات الدورية												السنوات
					ذكر M	أنثى F	س S	غ س N.S.			محرم	صفر	ربيع أول	ربيع ثاني	جماد أول	جماد ثاني	رجب	شعبان	رمضان	شوال	ذو القعدة	ذو الحجة	
١																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
٢																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
٣																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
٤																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
٥																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ
																							١٤هـ

HR.81



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بمنطقة ....
القطاع الصحي ....
مركز صحي ....

ملخص نتائج الفحص الشامل الدوري للمسنين

المنطقة : ______ القطاع ______ المركز ______ التاريخ / /

الأسم : ______ تاريخ الميلاد: / / العمر الحالي:

فئة العمر: ☐ ٦٠-٦٤ سنة ☐ ٦٥-٧٤ سنة ☐ ٧٥-٨٤ سنة ☐ ٨٥+ سنة

النوع : ☐ ذكر ☐ أنثى

السنة التي تم بها اجراء الفحص الشامل	١٤ هـ		١٤ هـ		١٤ هـ		١٤ هـ		١٤ هـ	
نتائج الفحص	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى
مصدر المعلومات: ١- المسن نفسه ٢- مرافق المسن ٣ - الملف الصحي للمسن										
مستوى التعليم أمي										
نعليم أبتدائي أو أقل										
تعليم متوسط وثانوي										
تعليم جامعي وما فوق										
لديه وظيفة حاليا										
يدخن حاليا										
مدخن سابق										
راعي المسن : ١- فرد من العائلة ٢- مستأجر (مثلا عاملة منزلية)										
مشاكل لدى راعي المسن : ١- مالية ٢- يحتاج وقت طويل ٣- جهد ٤- أخرى										
يقود سيارة حالياً										
مشاكل أثناء القيادة										
مرض السكري										
أرتفاع ضغط الدم										
سكري و ضغط										
ربو										
معرض لخطر الإكتئاب (GDS >5)										
معرض لخطر تدهور الإدراك (Mini-cog 0-2)										
اضطراب الإدراك										
سلس البول										
المشي بدون مساعدة										
المشي بمساعدة (عصاة/مشاية كبار السن)										
يستعمل كرسي مدولب (مقعد)										
السقوط (خلال الـ ١٢ شهر الماضية)										
فقر الدم (Hb <10 mg/l)										
ضعف السمع										
الصمم										
ضعف البصر										
العمى										
السمنة (BMI >30)										
وزن منخفض (BMI <18)										
عزلة أجتماعية										
الأدوية: ١- يستعمل أكثر من خمسة أدوية يوميا ٢- يأخذ الأدوية بانتظام ٣- لدى المسن مضاعفات من الأدوية المستعملة ٤- يستعمل أدوية من غير وصفة (OTC)										
سوء معاملة المسن : ١ - العثور على كدمات بالجلد خلال الفحص الاكلينيكي في الظهر أو الذراع سببها سوء معاملة المسن. ٢ - المظهر العام للمسن يدل على اهمال المسن من قبل يرعاه بالمنزل.										




بطاقة المراجعين

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
مديرية الشؤون الصحية
منطقة :............. مركز صحي :.............

بطاقة مراجعة

وزارة الصحة
Ministry of Health

الأسم	
تاريخ الميلاد		العمر	
رقم الملف العائلي	
تاريخ فتح الملف بعيادة المسنين	
رقم الهاتف	
رقم الجوال	
رقم الهوية	
العنوان	
Diagnosis	

HR.86

الفصل الثاني

الرعاية الصحية الأولية والشيخوخة
Primary health care and ageing

تشيُّخُ السكان ظاهرةٌ عالمية تتطلّب اتخاذ إجراءات على الصعيد الدولي والإقليمي والوطني والمحلي.وينبغي لأي خطة عمل معنية بالتشيخ والرعاية الصحية للمسنين أن تقوم على ثلاث ركائز أساسية، هي:(مشاركة) المسنّين في التنمية، مع التركيز على حاجة المجتمعات إلى تعديل سياساتها ومؤسساتها والترويج لفكرة كون المسنّين الذين تتزايد أعدادهم، يشكّلون قوة منتِجة لصالح المجتمع؛ وضرورة الارتقاء بالصحة والعافية في جميع مراحل العمر ومنها مرحلة الشيخوخة، مما يؤكّد الحاجة إلى سياسات لتعزيز الصحة الجيدة من مرحلة الطفولة فصاعداً على مدى العمر كله حتى يبلغ الإنسان مرحلة الشيخوخة وهو موفور الصحة؛ وتهيئة البيئات الممكّنة والمؤاتية للصحة (الأمن)، التي تعزِّز السياسات الموجّهة نحو الأسرة والمجتمع مما يرسي الأساس لشيخوخة آمنة[١٦].

بيان وتوصيات اجتماع المجموعة الاستشارية للتدريب على صحة المسنين فى الرعاية الصحية الأولية – ٢٠٠٢م
Policy and Recommendations of the Consultative Group Meeting on Geriatric (Training in Primary Health Care) PHC

عقدت منظمة الصحة العالمية في المجموعة الإستشارية إجتماعاً حول موضوع الرعاية الصحية الأولية للمسنين وذلك في فبراير ٢٠٠٠م في كوستاريكا وكانت نتيجة التشاور في هذا الإجتماع البيان والتوصيات التالية[٢٦]:-

أولاً: بيان سياسة الرعاية الصحية الأولية لكبار السن:
Policy Statement on PHC for Older Persons

أ. المبررات Rationale

تعتبر شيخوخة السكان أهم الاتجاهات الديموغرافية بجميع أنحاء العالم لذا يجب تعزيز الشيخوخة الصحية في العالم. وهذا يشمل ضمان مستوى معيشي لائق ومنع حدوث الأمراض الغير معدية و المزمنة وتوفير الرعاية الصحية المناسبة. ومنذ أن تم تعريف مفهوم الرعاية الصحية الأولية ونظراً لإعتراف دولي في عام ١٩٧٨م فقد أصبح التركيز الرئيسي للرعاية الصحية الأولية هو تعزيز الصحة في العالم وهناك أربعة مبادئ أساسية لنهج الرعاية الصحية الأولية (basic principles for the PHC approach)[4] وهي:-

١.الوصول العالمي والتغطية على أساس الحاجة
Universal accessibility and coverage on the basis of need

٢.مشاركة الفرد و المجتمع Community and individual involvement

٣.العمل المشترك بين القطاعات من أجل الصحة Intersectoral action for health

٤.الاستخدام الملائم لتكنولوجيات فعالة من حيث التكلفة بالنسبة للموارد المتاحة.
Appropriate use of cost effective technologies in relation to the available resources

ولكي تتم مواجهة التحديات الصحية للمسنين في الحاضر والمستقبل بنجاح ستحتاج الرعاية الصحية الأولية إلى بناء قوتها المتعددة التخصصات والتحرك وتخطى توفير رعاية مجزأة وخدمات صحية مباشرة لتوفر رعاية صحية شاملة. ويجب أن يتم هذا من خلال تطوير دور الرعاية الصحية الأولية باعتبارها مقدم الخدمات المتكاملة بالتعاون مع الفرد والأسرة والمجتمع. ولهذا الدور التكاملي ثلاثة أبعاد متممة تشمل ما يلي:-

١-التكامل الوظيفي Functional integration

يتضمن أن يحل نهج متكامل لتلبية الإحتياجات الصحية للأفراد على مدى دورة حياتها محل التدبر العرضي للمرض.إن إعتماد «نهج مساق الحياة» (A life course approach) يميز التفاعلات المعقدة بين سلسلة من التحولات الهامة والتي تميزت بأحداث خاصة في الحياة وبمحددات الصحة والمخاطر البيولوجية. وطريقة تفاعل هذه العناصر له آثار على صحة الناس والطريقة التي يشيخون بها وعلى مدى مساق الحياة. تسهم الأصول الإجتماعية في تحسين الصحة وتشمل : الإستقرار الإقتصادي والتماسك الإجتماعي وتطوير وصيانة مهارات التأقلم وفرص الناس للتأثير على بيئتهم. وبالنسبة للعديد من كبار السن فان تفاعل العيوب المتعددة والاختيار الفردي وظروف الحياة قد أدى إلى زيادة احتمال شيخوخة مبكرة مصحوبة بإعاقة .

٢- التكامل التنظيمي Organizational integration

يركز على كيفية عمل المراكز الصحية داخلياً وبالعلاقة مع غيرهم من الخدمات.
يجب تعزيز مفهوم الفريق الصحي المتعدد التخصصات بحيث ينخرط مهنيين مختلفين بالرعاية الصحية الأولية لزيادة التعاون وليس ببساطة العمل تحت سقف واحد.
إن التكامل مع الجهات المختلفة التي تقدم الخدمات لكبار السن يعني أن الرعاية الصحية الأولية ينبغي أن تحدد بوضوح حدود تغطيتها والعمل بشكل وثيق مع الخدمات المتخصصة الإكلينيكية والخدمات الإجتماعية والرعاية الإجتماعية والعامة الخدمات الصحية لتحسين نوعية الرعاية المقدمة للمسنين.

٣-التكامل التعليمي Educational integration

يتطلب المعرفة والمهارات والسلوكيات التي تفتقر الرعاية الصحية الأولية حالياً لها في العديد من البرامج التدريبية للعاملين الصحيين. إن محترفي الرعاية الصحية الأولية في حاجة إلى التواصل والشبكة والدعوة والتوسط بين موارد المجتمع المختلفة. إن فريق الرعاية الصحية الأولية يجب أن يكون قادراً على تصميم وتقييم البرامج التي تستند إلى أدلة علمية لمحددات شيخوخة صحية. يجب أن تركز الجهود التعليمية على توضيح مفهوم الرعاية الصحية الأولية وتجاوز «النموذج الطبي» للرعاية الصحية الأولية.





ب - بيان معالجة المشاكل الرئيسية من قبل البلدان:

Statement of Main Problems to be Addressed by Countries

إن سياق قضايا الرعاية الصحية في سن الشيخوخة يشمل صور المرض الإكلينيكية غير النموذجية (Atypical presentation) ومسببات متعددة للأمراض والحاجة إلى إتباع نهج متعدد التخصصات.

متلازمات الشيخوخة الشائعة تشمل : السقوط وسلس البول وعدم الحركة والارتباك، أي «عمالقة المسنين» (The common geriatric syndromes include: falls، incontinence immobility and confusion، i.e.، "geriatric giants"). وتتطلب بعض مشاكل المسنين الصحية تدريب إضافي لتغطية حالات الاكتئاب ومرض الرعاش وأمراض الغدة الدرقية والسكري وسوء التغذية وتدبر الألم والمشاكل الناتجة بسبب الدواء. إن الوقاية من الأمراض العلاجية المنشأ هو أيضاً عنصراً هاماً من عناصر التدخلات بالرعاية الصحية الأولية. إن إجراءات الصحة العامة (والتي يتم تطبيقها بشكل نظامي) ستساعد على الحد من المشاكل العلاجية المنشأ التي يسببها المهنيين الصحيين في المستشفيات ومرافق الرعاية طويلة الأجل.

جـ - الأهداف التي ينبغي إدراجها في الخطط الوطنية لصحة المسنين:

Objectives to be Included in National Plans on Health of Older People

إن الإلتزامات التي قطعت من خلال المصادقة على القرارات المتعلقة بتحقيق الصحة للجميع والسياسات الإقليمية المعتمدة قد مكنت الدول الأعضاء من تعزيز صحة المسنين وتقديم الدعم لتعزيز قدرات خدمات الرعاية الصحية الأولية لتلبية الإحتياجات الصحية للسكان المسنين. ولكن أي إلتزام لتحسين صحة المسنين يتطلب إجراءات ملموسة على محددات الصحة. وينبغي للفهم الشامل للمحددات الإجتماعية والإقتصادية للصحة (A thorough understanding of the social and economic determinants of health) أن يلعب دوراً بارزاً في تطوير استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية. إن الفوارق في الدخل والخيارات الصحية وحماية البيئة جميعها مسؤولية السياسة العامة. ويمكن للتغيرات بهذه المجالات أن تؤدي إلى تحسين الصحة والرفاهية لجميع السكان بما فيهم كبار السن. ويجب أن تكون الأولوية هي لوضع خطة نشطة تهدف إلى الحد من الصورة السلبية للشيخوخة في جميع أنحاء العالم. إن تطوير سياسات التقاعد وتوافر الأدوار الاجتماعية ذات مغزى خلف العمل بأجر ضرورية لتحسين نوعية الحياة والرفاه لجميع المسنين. إن المجتمعات بحاجة إلى الاعتراف ومكافأة مساهمات كبار السن ذات القيمة لعائلاتهم وللمجتمع.

ولإيجاد مجتمع مراعي للسن لابد من تغيير السياسة العامة لخطة صحة المسنين. ويمكن تحقيق التشيخ النشط إذا عكست السياسات العامة احتياجات وآراء كبار السن، بما في ذلك السكن والدخل وغيرها من التدابير التي تعزز استقلالية المسنين وإنتاجيتهم الاجتماعية. إن التنمية والتنسيق والرصد والتقييم لهذه الخدمات تساعد على تعزيز الشيخوخة النشطة وتعزيز الترابط بين الأجيال. إن تعزيز التشيخ الصحي يتطلب أن يمتلك المهنيين الصحيين المعرفة لرعاية المسنين بالإضافة إلى مهارات تحليل قوية ومهارات إدارية وتواصل. ويحتاج هؤلاء المهنيين على وجه التحديد الإبداع في حل

المشاكل ومهارات بناء فريق العمل وفهم الواقع الاجتماعي والثقافي. وينبغي أن يكون لتدريب المدربين ولاستثمار التعليم المستمر لمهني الرعاية الأولية بهذه المجالات الأولوية بتطوير استراتيجيات للرعاية الصحية الأولية المستجيبة لتشيخ المجتمع.

د - توسع الفوائد والمردود المتوقع من استراتيجيات تعزيز الرعاية الصحية الأولية لكبار السن

Extended Benefits and Outcomes to be Expected from Strategies to Strengthen PHC for Older People

إن استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية ستدعم نهج أكثر تماسكاً وشمولاً (Support more coherent comprehensive approaches) لرعاية صحة المسنين وتعزيز التوزيع العادل للموارد الصحية وبالتالي المساهمة في إنتاج مصادرربح للصحة. إن إعادة توجه الخدمات الصحية نحو الرعاية الصحية الأولية لديه القدرة ليكون له تأثير إيجابي على كل من تكلفة وكفاءة تقديم الخدمات لكبار السن وسيكون له بنهاية المطاف أثر إيجابي على الحالة الصحية لكبار السن ولذا يساهم في زيادة نوعية الحياة.

ومنذ اعتماد إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية في عام ١٩٧٨م، فإن الدلائل تشير إلى أن الدول الأعضاء قد فشلت فشلاً كبيراً في تنسيق الأنشطة والموارد. ويجب بذل جهود إضافية فيما يتعلق بتحديد الأولويات وتعزيز ضمان الجودة والبحوث الميدانية.إن تعزيز الرعاية الصحية الأولية لكبار السن سيمكن مقدمي الخدمات من التعرف على المقايضات للتنمية الإجتماعية والإقتصادية والصحية والأخذ بعين الإعتبار الإتجاهات الديموغرافية الرئيسية الموصوفة أعلاه.

ثانياً: تعزيز نوعية الرعاية المقدمة للمسنين:

Persons Promoting Quality of Care for Older Persons

لقد نُظمت العوامل الرئيسية التي حُددت للتأثير على توفير الرعاية الصحية لكبار السن حسب المحاور التالية :-

١- العوامل التي تؤثر على رعاية صحة المسنين.
٢- استراتيجيات لتحفيز الاهتمام برعاية صحة المسنين.
٣- استراتيجيات لتحفيز الممارسين العامين للتركيز على رعاية المسنين.
٤- استراتيجيات لتشجيع العمل الجماعي.
٥- نهج تعدد القطاعات لتعزيز صحة المسنين.

ثالثاً: تعزيز الصحة والتشيخ الصحي Health Promotion and Healthy Ageing

شملت التوصيات الرئيسية المتعلقة بتعزيز الصحة لشيخوخة نشطة ما يلي:

١- تعريف وقياس «المركز الصحي مراعي للسن»،
٢- تعريف «التشيخ النشط»،
٣- تعريف دور فريق الرعاية الصحية الأولية في تعزيز التشيخ الصحي،
٤- برامج للرعاية الصحية الأولية،
٥- مؤشرات المردود لنوعية الرعاية المقدمة للمسنين على مستوى الرعاية الصحية الأولية[٢٦].





النهج المنظم للمحافظة على صحة المرضى المسنين
Systematic approach to maintaining health of geriatric patient

إن زيادة عدد المسنين بالإضافة إلى المعدل غير المتكافئ لاستخدام المرضى المسنين للمصادر الطبية سيحتاج أن يكون لدى اطباء الرعاية الصحية الأولية المعرفة المستمرة والمتزايدة لاحتياجات المرضى المسنين وان يكونوا دائماً أكفاء في تقييم وتدبر المشاكل والهموم الفريدة لهؤلاء المرضى. إن التدبر المستمر والطويل الأجل في الرعاية الصحية الأولية يعتبر عنصراً رئيسياً في نجاح تقييم المسنين في العيادات الخارجية. إن التدبر الفعال لمشاكل المسنين الصحية في الرعاية الصحية الأولية مع هدفه المتمثل في رعاية المرضى المسنين الصحية والوظيفية يمكن أن يوصف على نحو أفضل باسم الفرز الصحي الشامل (Comprehensive health screening). ويمكن للأطباء أن يطوروا القدرة على اكتشاف مشاكل معينه شائعة في كبار السن باستخدام أدوات تقييم بسيطة وسهلة ، وكذلك يمكن أن يحول الأطباء تركيزهم من التدخل الموجه لمرض معين إلى الرعاية الطبية الوقائية والتدبر الاستباقي (Shift their focus from disease-specific intervention to preventive care and proactive medical management) [٣٧].

الرعاية الوقائية للمسنين Preventive Care for the Elderly

إن توفير الرعاية الوقائية المناسبة للمسنين هوتحد متنام لأطباء الأسرة نظراً لتزايد عددهم المستمر خاصة بعمر ٨٥ سنة وما فوق. ومِن بيِن جميع الفئات العمرية فإن المسنين لديهم خطر أكبر للموت وللعجز لعدة أسباب، لذا فمن الطبيعي أن يرغب الأطباء في منع الوفاة والعجز لديهم. إن الهدف الحقيقي للأطباء من الوقاية لكبار السن هو الحفاظ على أداء الوظائف بأفضل شكل ولأطول فترة ممكنة وتأجيل حدوث الإعاقة ودعم المسن والأسرة خلال المرحلة النهائية التي لا مفر منها قبل الموت.

ويجب أن يعتمد تقديم الرعاية الوقائية للمسنين على الطب المبني على البراهين[٢٧]. وهناك مؤسسات علمية مختصة بمجال الطب المبني على البراهين مثل فريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكي (Preventive Services Task Force -USPSTF) وهو هيئة مستقلة مكونه من خبراء في الوقاية والرعاية الأولية تقييم البراهين الموجودة وتضع توصيات للخدمات الوقائية الإكلينيكية تشمل الفرز والمشورة والعلاج الوقائي (Screenings, counseling, and preventive medications). ويقرر فريق العمل إذا ما كان البرهان يدعم أو لا تقديم الخدمة الوقائية الإكلينيكية بمجال الرعاية الأولية لمن ليس لديه أعراض. ولكي تتم التوصية بالخدمة يجب أن يوضح البرهان بان الفوائد المحتملة بتقديم هذه الخدمة أكثر من الأضرار المحتمل. ويتم تصنيف قوة البراهين وحجم الفائدة الصافية حسب خمس مستويات للتوصيات (جدول ٥) [٨].

جدول ٥: تصنيف توصيات فريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكي للخدمات الوقائية[٨]
USPSTF recommendations rating

Rating	Rating explanation
A	The USPSTF strongly recommends that clinicians provide [the service] to eligible patients. The USPSTF found good evidence that [the service] improves important health outcomes and concludes that benefits substantially outweigh harms.
B	The USPSTF recommends that clinicians provide [this service] to eligible patients. The USPSTF found at least fair evidence that [the service] improves important health outcomes and concludes that benefits outweigh harms.
C	The USPSTF makes no recommendation for or against routine provision of [the service]. The USPSTF found at least fair evidence that [the service] can improve health outcomes but concludes that the balance of benefits and harms is too close to justify a general recommendation.
D	The USPSTF recommends against routinely providing [the service] to asymptomatic patients. The USPSTF found at least fair evidence that [the service] is ineffective or that harms outweigh benefits.
I	The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to recommend for or against routinely providing [the service]. Evidence that the [service] is effective is lacking، of poor quality، or conflicting and the balance of benefits and harms cannot be determined.

وفريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكي ينشر ويحدث توصياته في دليل الخدمات الوقائية الإكلينيكية. وأحدث دليل تم نشره هو دليل الخدمات الوقائية الإكلينيكية ٢٠١٠-٢٠١١ (The Guide to Clinical Preventive Services 2010 – 2011 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force -USPSTF). ويتضمن الدليل تحديث توصيات فريق العمل السابقة للخدمات الوقائية للمرضى في مراحل مختلفة من الحياة. ويوفر هذا الدليل للأطباء البراهين التي تضمن حصول المرضى على أعلى جودة للخدمات الإكلينيكية الوقائية. وتستخدم توصيات الدليل بشكل روتيني في شتى المجالات لتحسين الرعاية الوقائية المقدمة للمرضى[٩].

توصيات الفريق للخدمات الوقائية للبالغين بعمر ٦٥ + سنة[٨]

Recommendation of the USPSTF

Preventive service	Summary of Recommendation of the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)
Aspirin/ NSAIDs for Primary Prevention of Colorectal Cancer	Grade: D Recommendation.
Screening for Breast Cancer (2009)	The USPSTF recommends biennial screening mammography for women aged 50 - 74 years. Grade: B Recommendation. Assess the additional benefits and harms of screening mammography in women 75+ years. Grade: I Statement. The USPSTF recommends against teaching breast self-examination. Grade: D Recommendation.
Screening for Colorectal Cancer	Using fecal occult blood testing، sigmoidoscopy، or colonoscopy at age 50 -75 years. The risks and benefits of these screening methods may vary. Grade: A Recommendation. The USPSTF recommends against routine screening for colorectal cancer in adults 76 -o 85 years of age. There may be considerations that support colorectal cancer screening in an individual patient. Grade: C Recommendation. The USPSTF recommends against screening for colorectal cancer in adults > 85 years. Grade: D Recommendation. The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to assess the benefits and harms of computed tomographic colonography and fecal DNA testing as screening modalities of colorectal cancer. Grade: I Statement.

Screening for Ovarian Cancer	The USPSTF recommends against routine screening for ovarian cancer. Grade: D Recommendation.
Screening for Prostate Cancer	In men younger than age 75 years. Grade: I Statement. The USPSTF recommends against screening for prostate cancer in men age 75+ years. Grade: D Recommendation.
Screening for Abdominal Aortic Aneurysm	The USPSTF recommends one-time screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) by ultrasonography in men aged 65 to 75 who have ever smoked. Grade: B Recommendation. The USPSTF makes no recommendation for or against screening for AAA in men aged 65 to 75 who have never smoked. Grade: C Recommendation. The USPSTF recommends against routine screening for AAA in women. Grade: D Recommendation.
Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease	For men 45- 79 years if the potential benefit due to a reduction in myocardial infarctions outweighs the potential harm due to an increase in gastrointestinal hemorrhage. Grade: A Recommendation. For women 55 - 79 years when the potential benefit of a reduction in ischemic strokes outweighs the potential harm due to an increase in gastrointestinal hemorrhage. Grade: A Recommendation. In men and women 80+ years. Grade: I Statement. In women < 55 years and in men < 45 years: . recommends against the use of aspirin Grade: D Recommendation.
Screening for Carotid Artery Stenosis	Recommends against routine screening with resting electrocardiography (ECG)، exercise treadmill test (ETT)، or electron-beam computerized tomography (EBCT) scanning for coronary calcium for either the presence of severe coronary artery stenosis (CAS) or the prediction of coronary heart disease (CHD) events in adults at low risk for CHD events. Grade: D Recommendation. Grade: I Statement for or against routine screening with




Using Nontraditional Risk Factors* in Coronary Heart Disease Risk Assessment	ECG، ETT، or EBCT scanning for coronary calcium for either the presence of severe CAS or the prediction of CHD events in adults at increased risk for CHD events. Grade: I Statement to screen asymptomatic men and women with no history of CHD to prevent CHD events.
Screening for High Blood Pressure	The USPST recommends screening for high blood pressure in adults aged 18 and older. Grade: A Recommendation.
Screening for Lipid Disorders in Adults	For men aged 35+ for lipid disorders. Grade: A Recommendation. For men aged 20 to 35 screening for lipid disorders if they are at increased risk for coronary heart disease. Grade: B Recommendation. For women aged 45+ lipid disorders if they are at increased risk for coronary heart disease. Grade: A Recommendation. Screening for women aged 20 to 45 for lipid disorders if they are at increased risk for coronary heart disease. Grade: B Recommendation. Screening for men aged 20 to 35، or in women aged 20+ who are not at increased risk for coronary heart disease. Grade: C Recommendation.
Screening for Peripheral Arterial Disease	The USPSTF recommends against routine screening for peripheral arterial disease . Grade: D Recommendation.
Screening for Depression in Adults	When staff-assisted depression care supports are in place to assure accurate diagnosis، effective treatment، and follow up. Grade: B Recommendation.
Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and	Clinicians ask all adults about tobacco use and provide tobacco cessation interventions for those who use tobacco products. Grade: A Recommendation.

Tobacco-Caused Disease in Adults	
Hormone Therapy for the Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Women	The USPSTF recommends against the routine use of combined estrogen and progestin for the prevention of chronic conditions in postmenopausal women. Grade: D Recommendation. The USPSTF recommends against the routine use of unopposed estrogen for the prevention of chronic conditions in postmenopausal women who have had a hysterectomy. Grade: D Recommendation.
Screening for Obesity in Adults	Screen all adult patients for obesity and offer intensive counseling and behavioral interventions to promote sustained weight loss for obese adults. Grade: B Recommendation.
Screening for Thyroid Disease	The USPSTF concludes the evidence is insufficient to recommend for or against routine screening for thyroid disease in adults. Grade: I Statement.
Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults	Screening for type 2 diabetes in asymptomatic adults with sustained BP (either treated or untreated) >13580/ mmHg Grade: B Recommendation.
Screening for Osteoporosis	Rroutine screening begin at age 60 for women at increased risk for osteoporotic fractures . Grade: B Recommendation.
Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults	Grade: I Statement.

The nontraditional risk factors included in this recommendation are high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP)، ankle-brachial index * (ABI)، leukocyte count، fasting blood glucose level، periodontal disease، carotid intima-media thickness (carotid IMT)، coronary artery .calcification (CAC) score on electron-beam computed tomography (EBCT)، homocysteine level، and lipoprotein(a) level





منظور عالمي للوقاية من ومكافحة الأمراض الغير معدية
Global Perspective on NCDs Prevention and Control

تُعتبر الأمراض غير المعدية وباءً مهملاً[٢٨] وأصبحت عبئاً متزايداً على الصحة فهي الآن سبباً رئيسياً للوفيات بين المسنين في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية[٨]. وتركّز الشبكة العالمية لمكافحة الأمراض غير المعدية على الأمراض الآتية:

١. الأمراض القلبية الوعائية .
٢. أنواع السرطان .
٣. السكري .
٣. الأمراض التنفسية المزمنة.

وتقف تلك الأمراض، حالياً وراء وقوع ٦٠٪ من مجموع الوفيات التي تحدث كل عام في جميع أنحاء العالم[٢٩]. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن (٦٤ مليون) شخص سيموتون في عام ٢٠١٥م (٤١ مليون) منهم يموتون من مرض مزمن ما لم يتم اتخاذ إجراءات عاجلة[٢٨].
وتركّز الشبكة أيضاً على عوامل الإختطار الأربعة الرئيسية وهي :

(تعاطي التبغ - النُظم الغذائية غير الصحية - الخمول البدني - تعاطي الكحول)

والملاحظ أنّ تلك العوامل مشتركة بين جميع البلدان، ممّا يسهم في تبسيط النهج العملي، كما أنّه من الممكن تغييرها، ممّا يفتح آفاقاً للوقاية .
إن الوقاية هي أفضل جميع الخيارات لمواجهة الأمراض غير المعدية. ولا بدّ من التركيز على التدابير السكانية التي تيسّر على الناس اعتماد أنماط الحياة الصحية. وللقيام بذلك يجب علينا إشراك قطاعات أخرى في نهج يشمل جميع المستويات الحكومية[٢٩].

المفاهيم الأساسية للوقاية من ومكافحة الأمراض الغير معدية
Conceptual Basis for Prevention and Control of NCDs

١ - أتباع نهج الصحة العامة Public heath approach

يركز نهج الصحة العامة على الناس وعوامل الخطورة بدلاً من أعراض الأشخاص أو الأمراض وهذا النهج مهم لتحقيق هدف تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وزيادة كفاءة وفعالية النظام الصحي.

٢ - محددات الصحة Health Determinant

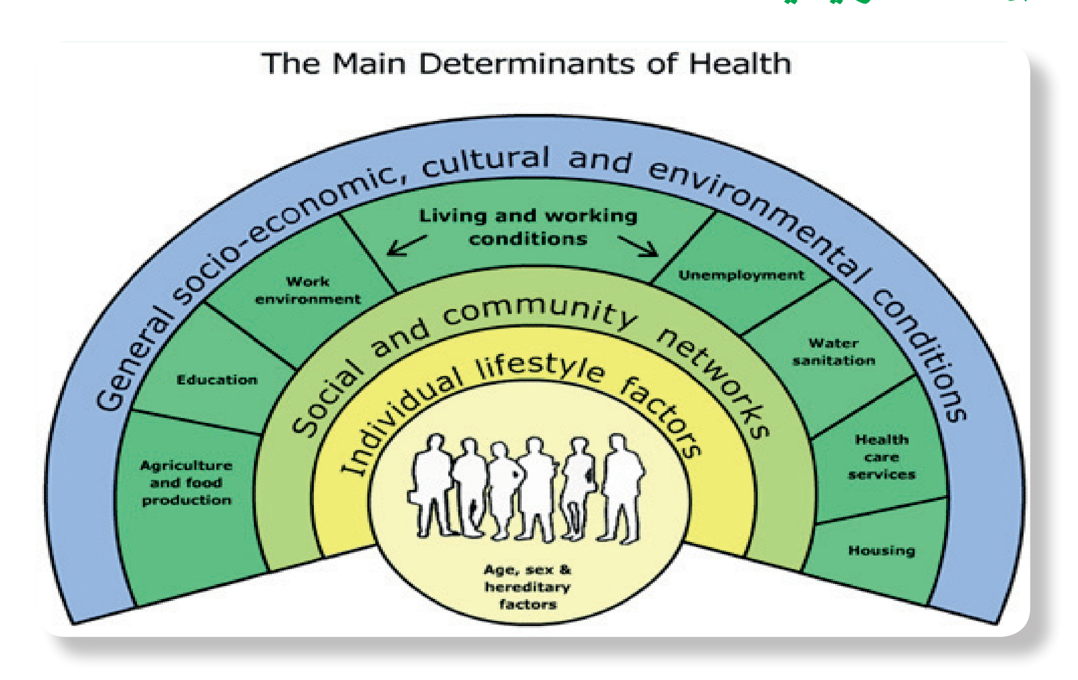
يتعدى الوضع الصحي مجرد وجود أوغياب المرض. فالصحة بمفهومها الواسع تشمل الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي والعدالة والإحساس بالانتماء للمجتمع مع المساواة للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة ومناسبة اجتماعياً. لذا يجب أن نفهم جيداً العوامل التي تؤثر على الصحة[٢٨].
تعكس المحددات الرئيسية للصحة البيئة التي يعيش فيها الناس وكيفية تأثيرها على صحتهم. ويوضح (شكل ٨) بإيجاز المحددات الرئيسية للصحة ومدى تعقيدها وخصوصاً ما يلي:





١. مدى اختلاف أنواع التأثير وبالأخص التأثيرات الاجتماعية والبيئية.
٢. مدى تعقيد صورة الصحة حيث تتداخل معظم العوامل مع بعضها البعض وبطرق معقدة.
٣. بعض العوامل لها تأثير أكبر على صحة الفرد من غيرها ولكن التوازن بين التأثيرات يمكن ان يتغير مع مرور الوقت[٣٠].

شكل ٨ : المحددات الرئيسية للصحة[٣]



٣ - تجمع عوامل الخطورة Cluster of Risk Factors

تُنسب الأمراض غير المعدية إلى شبكة معقدة من العوامل (محددات الصحة) والعديد من هذه الأمراض يشترك في عوامل خطر سلوكية شائعة (Common behavioral risk factors) فمثلاً أربعة من أهم الأمراض الغير معدية

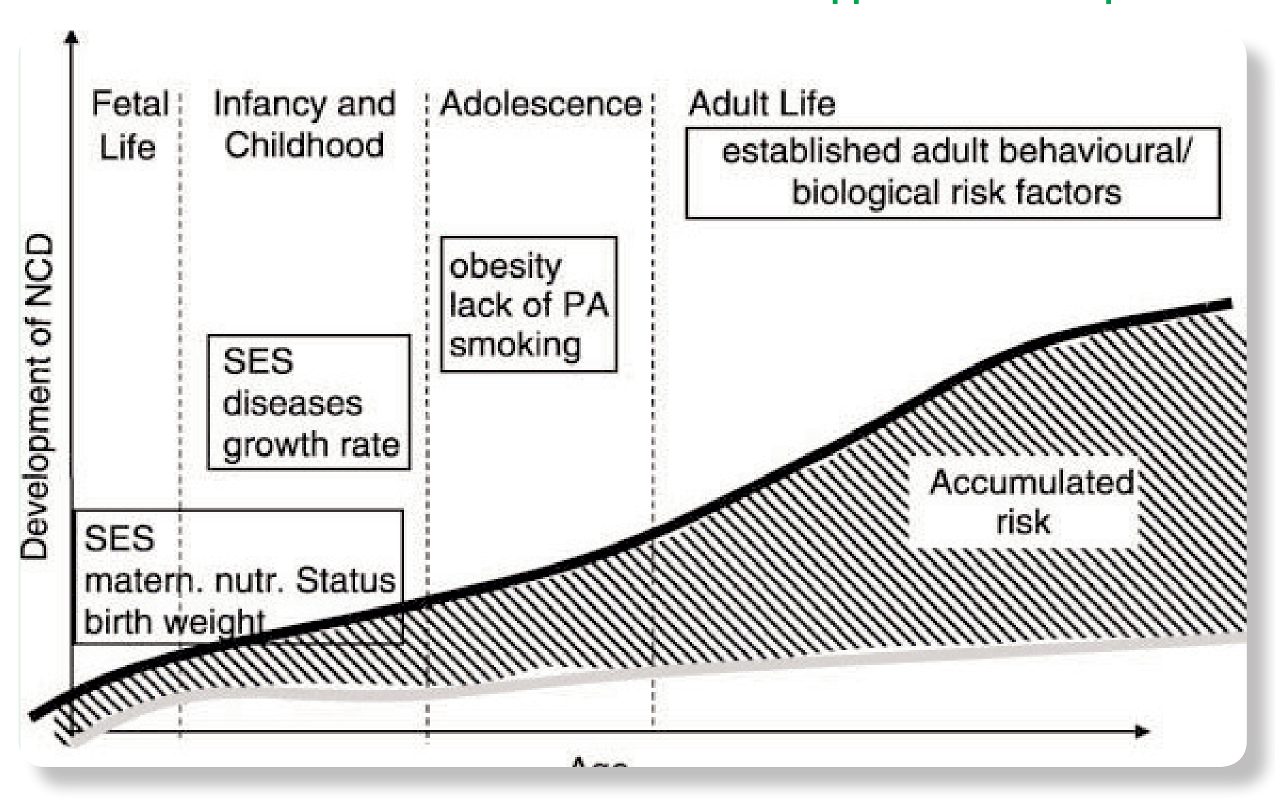
١. أمراض الجهاز الدورى .
٢. السرطان .
٣. أمراض الجهاز التنفسي المزمنة .
٤. السكري .

تشترك في ثلاث عوامل خطر سلوكية هي التدخين والخمول البدني والأكل الغير صحي (Smoking، physical inactivity and unhealthy diet) - وتتواصل هذه من خلال عوامل خطورة حيوية تشمل الوزن الزائد وارتفاع ضغط الدم والدهون الضارة. إن الإجراءات الوقائية المشتركة للتصدي لتلك العوامل السلوكية ستحسن صورة المجتمع في مجال الصحة للوصول إلى وزن الجسم وضغط الدم والدهون المثالية وحينئذٍ سيستفيد المجتمع من انخفاض معدل انتشار الأمراض وتحسين الظروف الصحية[٢٨].

٤- منظور مساق الحياة للتشيخ The life course perspective of ageing

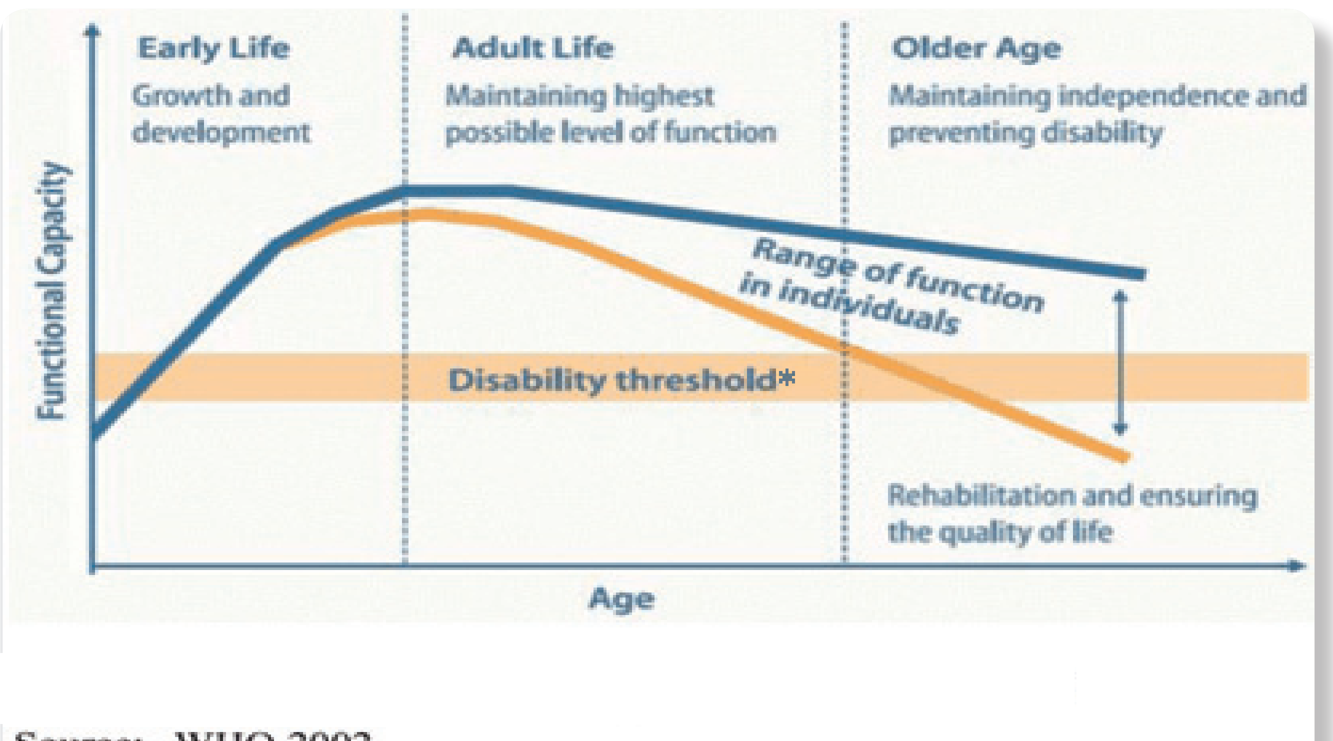
يمكن تعريف التشيخ بأنه عملية تغير تدريجي في التركيب الجسدي و النفسي والاجتماعي للأشخاص. ومن أجل الإحصائيات يقسم المسنين إلى مجموعات عمرية اتبدأً من ٦٠ سنة وما فوق حسب القدرات الشخصية والثقافية. ولكن التشيخ عملية مدى الحياة تبدأ قبل الولادة وتستمر عبر مساق الحياة[٣١]. ويتأثر الأفراد بعوامل تعمل خلال جميع الأعمار عبر مساق الحياة وخطر نشوء الأمراض غيرالمعدية يتراكم مع التقدم بالعمر[٢٨] (شكل٩)[٣٢].
يعترف نهج عبرمساق الحياة بتداخل وتراكم تأثير المؤثرات الاجتماعية والبيولوجية مدى الحياة وبالأخص أهمية العوامل في مراحل الحياة المبكرة التي تُحضر للأمراض الغير معدية في السنوات التالية[٢٨].

شكل ٩ : نهج مدى الحياة للوقاية من الأمراض غير المعدية[٣٢]
A life-course approach to NCD prevention



إن إستغلال الفرص بكل مرحلة من الحياة قد يقلل من الإصابة ببعض الإعاقات والموت قبل الأوان (Premature deaths). إن القدرة الوظيفية (Functional capacity) مثل قوة العضلات ونتيجة عمل الجهاز الدوري تزيد وتقوي في مرحلة الطفولة وتصل إلى القمة فى مرحلة البلوغ ثم تقل في مرحلة الشيخوخة[٢٨] (شكل ١٠)[٣٢].

شكل ١٠: المحافظة على القدرة الوظيفية عبر مساق الحياة[٣٢]:



Source: WHO 2002
Kalache and Kickbusch, 1997

إن تغير الظروف ممكن أن يخفض حد بداية الإعاقة (Disability threshold) وبذلك يقلل عدد الأشخاص المعاقين في مجتمع ما .

وبما إن انخفاض معدل القدرة الوظيفية يُحدد بشكل كبير بواسطة عوامل سلوكية لذا فإن اختيار تبني نمط وأسلوب حياة صحي سيساعد على المحافظة أو يمنع الانخفاض المبكر للقدرة الوظيفية خلال مرحلة الشيخوخة. فمثلاً عند الإقلاع عن التدخين في سن (٦٠، ٥٠، ٤٠، أو٣٠) سنة يُكسب (٣،٦،٩ و١٠) سنوات من العمر المتوقع على التوالي. لذا فإنه من المهم أن يكون النمـــو والتطـــور في مرحلة الحياة الأولى آمن وتتم المحافظة على أعلى مستوى وظيفي ممكن في مرحلة الشباب بالإضـافة إلى المحافظة على الاستـــقلالية ومــنع الإعــاقة فــي مرحلة الشيخوخة [٢٨].

٥- الإستراتيجيات الوقائية Preventive Strategies

تشمل إستراتيجيات الرعاية الوقائية لكبارالسن ما يلي:

١ - الوقاية من الأمراض وإعتلال الصحة Prevent disease and illness

٢ - تعزيز الإستقلال الوظيفي Promote functional independence

٣ - المحافظةعلى نظام دعم إجتماعي Maintain an adequate system of social support

إن تخطيط هذه الإستراتيجيات الوقائية يجب أن يشمل ليس فقط تعزيز الصحة ضمن مكونات الرعاية الصحية ولكن يشمل أيضاً تجنب التأثيرات غير الملائمة للمكونات الأخرى




للصحة مثلاً الكسب في الصحة من خلال الوقاية من الأمراض يجب أن لا يقابله خسارة في الوضع الوظيفي نتيجة أذى علاجي المنشأ للإجراءات المستخدمة[٤٥]. ويستند تخطيط برامج الوقاية من الأمراض غير المعدية وبرامج تعزيز الصحة على مستويات الوقاية الثلاثة (الأولي والثانوي والثالثي)[١٤،٢٨].

الوقاية الأولية Primary prevention

تهتم الوقاية الأولية بالتدابير التي تمنع بداية المرض(Onset of disease). بعض الإستراتيجيات الهامة تحت هذه الفئة تشمل التثقيف الصحي والتطعيم والتدابير البيئية والسياسة الاجتماعية. إن الهدف الأساسي هو إحداث تغيير في سلوك أو عامل يؤثر على الأفراد أو الجهات لذا يمنع نشوء الأمراض. وقد ساهم هذا النهج في بعض الأمثلة البارزة للتدخل الناجح في مجال الصحة العامة وخاصة تلك المتعلقة بالأمراض غير المعدية. مثلاً اتباع نمط حياة صحي لمنع حدوث الأمرض المزمنه ومنها السكري وأمرض القلب.

الوقاية الثانوية Secondary prevention

تهتم الوقاية الثانوية بوقف تطور المرض بعد حدوثه (Progression of a disease after it occurs) من خلال الكشف المبكر والتشخيص يليها العلاج الفوري والفعال. تكون الوقاية من الانتكاس أو تكرار المرض من خلال التدخل أو الانتباه إلى وسائل تحسين نمط الحياة، على سبيل المثال إقلاع المدخنين عن التدخين بعد الإصابة بنوبة قلبية. والفرز (Screening) هو أحد أشكال الوقاية.

الوقاية الثالثة Tertiary prevention

تهتم الوقاية الثالثية بإعادة تأهيل المرضى الذين يعانون من مرض قد بدأ للحد من الإعاقة المتبقية والمضاعفات وزيادة سنوات الحياة الممتعة المحتملة ، وبالتالي تحسين نوعية الحياة حتى ولو لم يكن هذا المرض بحد ذاته يمكن علاجه –مثلاً « برنامج تأهيل القلب Cardiac rehabilitation program»[٢٨].

مهمة وقائية للجميع A preventive task for every one

لكي تكون الإستراتيجيات الوقائية وتعزيز الصحة فعالة في كبار السن فان العديد من المهام ينبغي ان تُنفذ من قبل قطاعات المجتمع فرادى وجماعات (جدول ٦)[١٤].

جدول ٦: مهمة وقائية للجميع A preventive task for everyone[١٤]

مهمة الأشخاص المسنين Tasks for elderly people

- الاستمرار في تطوير الذات Continue self development
- اعتماد نمط حياة صحي (حيثما كان مناسب) (Adopt a healthy lifestyle where appropriate)
- التكيف مع الخسارة Adapt to loss

مهام للعائلات ومقدمي الرعاية Tasks for families and carers

- توفير الدعم الرسمي Provide informal support
- احترام استقلال المسن Respect the elderly person›s autonomy
- تجنب الإفراط في الحماية Avoid over-protection

مهام لمقدمي الرعاية الصحية Tasks for health care providers

- التحقق من صحة الاستراتيجيات الوقائية علمياً Validate the preventive strategies scientifically
- إعادة تقييم الاستراتيجيات التقليدية Re-evaluate traditional strategies
- تخصيص الاستراتيجيات الوقائية Personalize preventive strategies
- خفض الأذى العلاجي المنشأ Reduce iatrogenic insult
- التعرف على احتياجات مقدمي الرعاية المنزلية Recognize the needs of family carers
- إعتماد نظرة أوسع Adopt a wider focus

مهام الصحة العامة Tasks for public health

- إرشاد المنظمات التي تشتري الخدمات الصحية بشراء استراتيجيات وقائية مناسبة Guide organizations purchasing health services to buy appropriate preventive Strategies
- المساعدة بإعادة توجيه التمويل المناسب من بين الخدمات التقليدية ومنظمات الخدمات غير الصحية. Assist in the appropriate reorientation of funding between traditional health services and non-health service organizations
- تقديم وتحفيز تطوير الاستراتيجيات المحلية لصحة الجميع Assess and catalyze the development of local community health strategies
- تعزيز التوعية الصحية للمسنين أوكبارالسن Promote health education for the elderly population
- المهام الجماعية Collective tasks
- التثقيف لتبديد التميز ضد الكبار Educate to dispel ageism
- تقليل التكاليف .Minimize costs





التشيخ النشط Active ageing

يشيخ سكان العالم بسرعة وخصوصاً سكان البلدان النامية[٢،١٠]، وستواجه تلك البلدان أشق التحديات من حيث الموارد إذ سوف يتعين عليها أن تتعامل مع التنمية ومع تشيخ السكان في وقت واحد. ولكن عندما تطول حياة السكان، وإذا ما أصبحوا في صحة أفضل وعاشوا حياة أكثر نشاطاً، فمن شأن السكان الذين يصلون إلى سن الشيخوخة أن يتيحوا بذلك فرصاً ينبغي الاستفادة منها[١]. ولكي تكون الشيخوخة تجربة ايجابية يجب أن يكون العيش لمدة أطول مصحوباً بفرص مستمرة للصحة والمشاركة والأمن. لقد تبنت منظمة الصحة العالمية المصطلح «التشيخ النشط» للتعبير عن تحقيق هذه الرؤية. ولقد نظرت منظمة الصحة العالمية في العقد الماضي للتشيخ النشط كهدف يمكن تحقيقه. وهذا تحول جذري في تركيز الرعاية من النموذج الإكلينيكي إلى نموذج تعزيز الصحة .
أن الهدف «التشيخ النشط» ينبغي أن يكون حجر الزاوية في كل سياسات البلدان تجاه المسنين كما هو الحال بالنسبة للفرد. حيث أن «التشيخ النشط» ينطبق على كل من الأفراد وفئات محددة من السكان. وفي الغالب فأن معظم الناس المسنين في بلدان إقليم شرق المتوسط سيعيشون ويشيخون في مجتمعهم وضمن نظام «الرعاية الصحية الأولية» التي تعتبر أكثر أنظمة الدولة وضوحاً في المجتمع والتي يتطلب أن تميز بأنها الناقل الرئيسي لإستراتيجية «التشيخ النشط والصحي»[٣].
كما أدرج مكتب إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية تعزيز التشيخ النشط والصحي ضمن الغرض الإستراتيجي الرابع (Strategic objective4) في إطار الخطة الإستراتيجية المتوسطة الأمد للفترة ٢٠٠٨ – ٢٠١٣م لإقليم شرق المتوسط. ويتضمن هذا الغرض تقليص المراضة والوفيات وتحسين الصحة خلال مراحل العمر الرئيسية، بما فيها الحمل، والولادة، والفترة المحيطة بالولادة، والمراهقة، وتحسين الصحة الجنسية والإنجابية، والعمل على تمتّع جميع الأفراد بالنشاط والصحة في الشيخوخة[٤٩].

مفهوم ومبرر التشيخ النشط Concept and rational of active ageing

إعتمدت منظمة الصحة العالمية مصطلح « التشيخ النشط» في أواخر التسعينات من القرن الماضي لكي ينقل رسالة أكثر شمولاً من مصطلح « التشيخ الصحي» وليتم التعرف على العوامل والرعاية الصحية التي تؤثر على كيفية تشيخ الأفراد والسكان.
إن بروفسور كالاتشي – المدير السابق لبرنامج التشيخ ودورة الحياة بمنظمة الصحة العالمية قد عرٌف « التشيخ النشط بإنه عملية الاستفادة القصوى من فرص التمتع بالصحة الجسدية والاجتماعية والعقلية عبر مسار الحياة من اجل إطالة متوسط العمر الصحي »[١١]. (Active ageing is the process of optimizing opportunities for physical, social and mental well-being throughout the life course in order to extend healthy life expectancy).
إن التشيخ النشط يعطي مجال للناس بتحقيق الصحة الاجتماعية والجسدية والعقلية والرفاه الصحي عبر مسار الحياة والمشاركة في المجتمع ، في الوقت الذي يوفر لهم الحماية الكافية والأمن والرعاية عند الحاجة[١].





إن كلمة «نشط» تشير إلى استمرارية المشاركة في الشؤون الإجتماعية والإقتصادية والثقافية والدينية والروحية والمدنية وليس فقط القدرة على ممارسة النشاط البدني أو المشاركة في عمل مجهد.كبار السن المتقاعدون عن العمل وأولئك الذين يعانون المرض أو المعوقين يمكن أن يستمروا بالمساهمة النشطة مع أسرهم وأقرانهم ومجتمعاتهم والأمم .

إن التشيخ النشط يهدف إلى تمديد مأمول الحياة الصحي المتوقع ونوعية الحياة لجميع الناس مع تقدمهم في السن بما في ذلك الضعفاء والمعوقين ومن هم بحاجة إلى الرعاية أما كلمة «الصحة» فأنها تشير إلى العافية البدنية والعقلية والاجتماعية كما ورد في تعريف منظمة الصحة العالمية.

وهكذا فضمن إطار التشيخ النشط فإن السياسات والبرامج التي تعزز الصحة العقلية والعلاقات الاجتماعية لا تقل أهمية عن تلك التي تحسن الصحة الجسدية[٢].

إن المحافظة على الاستقلالية والاعتماد على النفس إثناء التقدم في السن هو الهدف الرئيسي لكل من الأفراد وصانعي السياسات. وعلاوة على ذلك فأن التشيخ والكبر في السن يحدث ضمن وجود الآخرين من أصدقاء وزملاء العمل والجيران وأفراد الأسرة. وهذا هو السبب في كون الترابط والتضامن بين الأجيال (في الاتجاهين الأخذ والعطاء بين الأفراد والأجيال الأكبر سناً والأصغر سناً) من المبادئ الهامة لمرحلة التشيخ النشط إن طفل الأمس هو البالغ اليوم والجد أو الجدة غداً. إن نوعية الحياة التي سيستمتعون بها كأجداد تعتمد على المخاطر والفرص خلال جميع مراحل الحياة بالإضافة إلى الأسلوب الذي تقدم فيه الأجيال المقبلة المساعدات والدعم المتبادل عند الحاجة.

إن التشيخ النشط ينطبق على الأفراد والمجموعات السكانية وهو يسمح للأشخاص أن يدركوا إمكانياتهم في الصحة الجسدية والاجتماعية والعقلية على مدى الحياة والمساهمة في المجتمع وفقاً لاحتياجاتهم ورغباتهم وقدراتهم في الوقت الذي يتم توفير الحماية الكافية والأمن والرعاية لهم عندما يحتاجون لها.

إن نهج التشيخ النشط يستند على معرفة حقوق الإنسان للمسنين ومبادئ الأمم المتحدة في الإستقلالية والمشاركة والكرامة والرعاية وتحقيق الذات. وهو يحول التخطيط الإستراتيجي بعيداً عن النهج «القائم على الإحتياجات- Needs-based approach» الذي يفترض أن المسنين هم أهداف سلبية (Passive targets) إلى النهج «القائم على الحقوق Rights- based approach» الذي يعترف بحقوق الشعوب في المساواة في الفرص والمعاملة في جميع جوانب الحياة أثناء تقدمهم في العمر وهو يدعم مسؤوليتهم في ممارسة مشاركتهم في العملية السياسية وغيرها من جوانب حياة المجتمع[٢].

ومن الأهمية بمكان أن يبقى المسنون مستقلون ومعتمدون على أنفسهم ونشيطون قدر الإمكان ليكونوا قادرين على المساهمة في المجتمع بصورة منتجه. إن المسنين الأصحاء مورداً لأسرهم ومجتمعاتهم المحلية والاقتصاد. وكلما كانوا أكثر نشاطاً كلما كان لهم مساهمة أكثر في بناء المجتمع. وفي ظل هذه العوامل فقد جعل لمكتب إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية للمسنين أولوية وله غرض رئيسي هو «إضافة حياة للسنين وليس فقط سنين للحياة»[٣].





نهج مدى الحياة للتشيخ النشط A Life Course Approach to Active Ageing

إن منظور نهج مدى الحياة للشيخوخة يدرك بأن كبار السن ليسوا مجموعة متجانسة وبأن الفروقات الفردية تميل إلى الزيادة مع التقدم في السن. إن التدخلات التي توجد بيئة داعمة وتعزيز الخيارات الصحية مهمة في جميع مراحل الحياة[٢] (شكل ٣)[٣٢].

ومع تقدم الأفراد بالعمر تصبح الأمراض الغير معدية هي الأسباب الرئيسية للمراضة والعجز والوفيات في جميع مناطق العالم، بما في ذلك في البلدان النامية. والأمراض الغير معدية التي هي أساساً أمراض مرحلة الحياة المتقدمة هي عبارة عن أمراض مكلفة للأفراد والأسر والخزانة العامة. إلا إن العديد من الأمراض الغير معدية يمكن الوقاية منها أو يمكن تأجيلها. والفشل في منع أو تدبر تقدم الأمراض الغير معدية بشكل مناسب سيؤدي إلى تكاليف بشرية واجتماعية هائلة والتي من شأنها استهلاك قدر غير متناسب من الموارد التي كان يمكن أن تستخدم لمواجهة المشاكل الصحية للفئات العمرية الأخرى[٢]. ويمكن للسياسات التي تعزز الصحة طوال العمر أن تنقص مستويات العجز المترافقة مع كبر السن وتقود إلى توفير في الميزانيات وتتضمن هذه السياسات تعزيز الصحة واتقاء المرض والتكنولوجيا المساعدة والرعاية التأهيلية وخدمات الصحة النفسية وتعزيز أنماط الحياة الصحية والمحيط الداعم[٣].

تشمل المشاكل المزمنة الرئيسية التي تصيب كبار السن في جميع أنحاء العالم ما يلي:-

- أمراض القلب والأوعية الدموية مثل مرض القلب التاجي.
- ارتفاع ضغط الدم.
- السكتة الدماغية.
- مرض السكري.
- السرطان.
- مرض الانسداد الرئوي المزمن.
- مشاكل العظام والعضلات (مثل التهاب المفاصل وهشاشة العظام).
- مشاكل الصحة العقلية (الخرف والإكتئاب).
- العمى وضعف البصر.

إن أسباب الإعاقة في سن الشيخوخة متماثلة للنساء والرجال على الرغم من أن النساء يخبرن أكثر عن مشاكل الجهاز العضلي العظمي.

في السنوات المبكرة للحياة تكون الأمراض المعدية ومشاكل الأمهات وحديثي الولادة والقصور الغذائي هي الأسباب الرئيسية للموت والمرض. وفي وقت لاحق في مرحلة الطفولة والمراهقة والشباب تبدأ الإصابات بالمشاكل الصحية الغير السارية والمزمنة بتحمل دوراً أكبر بكثير. وعند منتصف العمر (السن ٤٥) و في السنوات اللاحقة، تكون الأمراض الغير المعدية هي المسئولة عن الغالبية العظمى من الوفيات والأمراض . وتبين الأبحاث وعلى نحو متزايد أن أصول مخاطر الحالات المزمنة مثل السكري وأمراض القلب، تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة أو حتى في وقت أبكر من ذلك. وبالتالي فأن هذا الخطر سيتشكل ويتغير من قبل عوامل مثل الوضع الاجتماعي





والتجارب عبر مسيرة الحياة بأكملها لذا فأن خطر الأمراض غير المعدية النامية في تزايد مستمر كلما شاخ الأفراد. ولكن تعاطي التبغ وانعدام النشاط الجسدي والنظام الغذائي الغير كاف وغيرها هي عوامل الخطورة لدى البالغين التي ستضاعف الأفراد المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض الغير معدية عند الكبر[٢] (شكل ٣)[٣٢] لذا فمن المهم التصدي لمخاطر الأمراض الغير معدية منذ مراحل الحياة المبكرة حتى مراحل الحياة المتأخرة أي طوال الحياة[٢].

سياسات وبرامج التشيخ النشط Active Ageing policies and programs

ممكن تبني نهج التشيخ النشط لتطوير سياسة وبرنامج ما أن يضيف إليه القدرة على مواجهة العديد من تحديات تشيخ كل من الفرد والسكان. وعندما تقدم الصحة وسوق العمل والتوظيف والتعليم والسياسات الاجتماعية الدعم للتشيخ النشط فسيكون هناك ما يلي:-

- عدد أقل في وفيات قبل الأوان في مراحل الحياة عالية الإنتاج.
- عدد أقل من حالات العجز المرتبطة بالأمراض المزمنة في سن الشيخوخة.
- المزيد من الناس الذين يتمتعون بنوعية حياة إيجابية بينما يتقدمون في السن.
- المزيد من الناس أثناء تقدمهم بالسن يشاركون بنشاط في المجالات الاجتماعية والثقافية والإقتصادية والسياسية للمجتمع بأدوار مدفوعة وغير مدفوعة الأجر في حياة الأسرة والمجتمع والوطن.
- تكاليف أقل متعلقة بالعلاج الطبي وخدمات الرعاية.

إن سياسات وبرامج التشيخ النشط تميز الحاجة إلى تشجيع وموازنة المسؤولية الشخصية (الرعاية الذاتية) و البيئات الصديقة للمسنين والتضامن بين الأجيال. إن الأفراد والأسر تحتاج إلى التخطيط والإعداد لكبر السن وإلى بذل الجهود الشخصية لاعتماد الممارسات الصحية الشخصية الإيجابية في جميع مراحل الحياة وفي الوقت نفسه فهناك حاجة إلى البيئات الداعمة «لجعل الخيارات الصحية خيارات سهلة». وهناك أسباب اقتصادية جيدة لتشريع السياسات والبرامج التي تشجع التشيخ النشط من حيث زيادة المشاركة وتخفيض التكاليف في مجال الرعاية. إن الناس الذين يستمرون بالتمتع بالصحة مع تقدمهم في السن يواجهون عوائق أقل لمواصلة العمل. وبينما السكان يشيخون سيكون هناك ضغوط متزايدة بان تتغير هذه السياسات - خاصة إذا كان المزيد والمزيد من الأفراد يبلغون الشيخوخة وهم بصحة جيدة ، أي أنهم «لائقين للعمل». وهذا من شأنه أن يساعد على تعويض ارتفاع التكاليف في مخططات معاشات التقاعد وتأمين الدخل فضلا عن تلك المتعلقة بتكاليف الرعاية الطبية والاجتماعية. وفيما يتعلق بارتفاع النفقات العامة للرعاية الطبية فأن البيانات المتوفرة تشير وبشكل متصاعد أن الشيخوخة نفسها غير مقترنة بزيادة الإنفاق الطبي، وبالعكس فأن العجز وضعف الصحة – التي غالباً ما ترتبط مع الشيخوخة – هي التي تكون مكلفة. وكلما تشيخ الناس وهم في صحة جيدة فأن الإنفاق الطبي لن يزيد بسرعة. وصانعي السياسة بحاجة إلى النظر إلى الصورة كاملة وبأن يأخذوا بعين الاعتبار التوفير الذي يمكن الحصول عليه بخفض معدلات الإعاقة[٢].





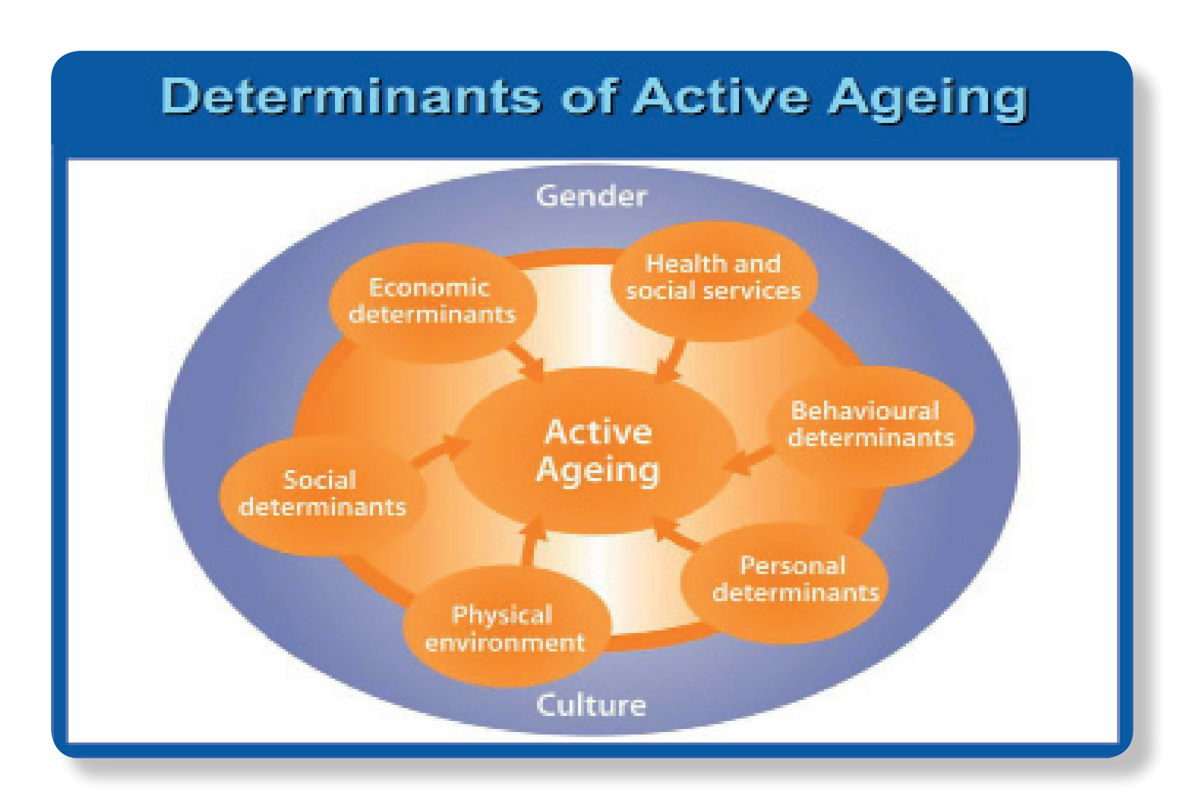
محددات التشيخ النشط
The determinants of active Ageing

يعتمد الشيخ النشط على محددات مختلفة تحيط بالأفراد والأسرة والمجتمع (شكل٥)، وتؤثر هذه المحددات على الصحة بجميع الأعمار ولكن سنركز هنا على تأثيرها على صحة ونوعية حياة المسنين. وأنه لمن المفيد النظر في تأثير العوامل المختلفة على مدى الحياة وذلك للاستفادة منها للحصول على فرصة لتعزيز الصحة والمشاركة والأمن في مختلف مراحل الحياة. وتشمل محددات التشيخ النشط ما يلي:

١ - العوامل المتشعبة: الثقافة والنوع:

إن الثقافة وهي التي تحيط بالأفراد والسكان تحدد الطريقة التي نشيخ بها لأنها تؤثر على كل عوامل التشيخ النشط الأخرى. أما النوع/الجنس فهو «العدسة» التي يمكن من خلالها النظر في مدى ملائمة فرص خيارات السياسة المختلفة وكيف سيؤثر على رفاهية النساء والرجال.

شكل ١١: محددات التشيخ النشط[٢]



٢ - العوامل المتعلقة بالصحة ونظم الخدمة الاجتماعية

لتعزيز التشيخ النشط فأنه من الضروري أن تتخذ النظم الصحية منظور دورة الحياة التي تركز على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والوصول المنصف لجودة الرعاية الصحية الأولية والرعاية الطويلة الأجل.

٣ - العوامل السلوكية

إن اعتماد أنماط حياة صحية والمشاركة بنشاط في مجال رعاية المرء هي سلوكيات مهمة في جميع مراحل دورة الحياة. أن إحدى هذه من المفاهيم الخاطئة حول الشيخوخة هو فوات الأوان لتبني تغير الحياة في تلك السنوات الأخيرة. وعلى العكس من ذلك فإن الانخراط في النشاط الجسدي المناسب والأكل الصحي وعدم التدخين وعدم شرب الكحول وتناول الأدوية بحكمة في سن الشيخوخة يمكن ان يقي من الأمراض وانخفاض القدرة على النشاط ويمد ويطول العمر ويحسن نوعية حياة الفرد.

٤ - عوامل شخصية:

أ - العوامل البيولوجية والوراثة :

لها تأثير كبير في كيف يشيخ الشخص. إن التشيخ عبارة عن عمليات بيولوجية تحددها الجينات والوراثة. والتشيخ ممكن أن يعرف بأنه خلل عام ومستمر في الوظائف نتيجة فقد القدرة على ردود التأقلم للضغوط وبخطر متزايد للأمراض المرتبطة بالتقدم بالعمر. وبعبارة اخرى ان السبب الرئيسي لكون كبار السن يمرضون أكثر من الأصغر سناً هو نظراً لعيشهم لفترة أطول فأنهم يتعرضون لعوامل خارجية وسلوكية وبيئية تسبب الأمراض لفترة أطول من هؤلاء الأصغر سناً .

ب- العوامل النفسية :

وتشمل الذكاء وقدرات الإدراك (مثل القدرة على حل المشاكل والتكيف للتغيروالخسارة) تشكل مؤشرات قوية للتشيخ النشط وطول العمر. إن التشيخ الطبيعي يصاحبه تراجع بعض القدرات الإدراكية (بما في ذلك التعلم بسرعة والذاكرة) ولكن يمكن تعويض هذه الخسائر بكسب الحكمة والمعرفة والخبرة. وأحيانا تنخفض وظائف الإدراك نتيجة لقلة الاستخدام والممارسة والمرض (مثل الاكتئاب) وعوامل سلوكية (مثل استخدام الكحول والأدوية) وعوامل نفسية (مثل عدم توفر الحافز والتطلعات المنخفضة وانعدام الثقة) وعوامل اجتماعية (مثل الشعور بالوحدة والعزلة) وذلك بدلا من الشيخوخة في حد ذاتها.

٥- عوامل متعلقة بالبيئة المادية :

أ - البيئات المادية:

إن توفير البيئات المادية المراعية للسن يمكن أن يحدث فرقاً في الاستقلالية والاعتماد على الآخرين لكل الأفراد ولكن تتسم بأهمية خاصة بالنسبة لأولئك الذين يتقدمون في العمر. فعلى سبيل المثال إن كبار السن الذين يعيشون في بيئة غير آمنة أو المناطق التي بها عوائق مادية متعددة هم أقل عرضة للخروج وبالتالي فهم أكثر عرضة للعزلة

والإكتئاب وانخفاض اللياقة البدنية وزيادة مشاكل التنقل والحركة. ويجب الوصول لكبار السن الذين يعيشون في المناطق الريفية (تقريبا ٦٠٪ من سكان العالم) حيث تختلف أنماط الأمراض بسبب ظروف البيئة ونقص خدمات الدعم المتاحة. إن التحضر وهجرة الشباب إلى المدن قد يترك المسنين بعزلة في الريف مع القليل من وسائل الدعم وقلة أو عدم توفر خدمات صحية والأجتماعية.

ب- المسكن الآمن:

إن المسكن والأحياء الآمنة واللائقة أساسية لرفاهية صغار وكبار السن. وبالنسبة لكبار السن فأن الموقع الجغرافي بما في ذلك القرب من أفراد العائلة والخدمات والمواصلات قد يعني الفرق بين التفاعل الاجتماعي الإيجابي والعزلة. إنه لمن الضروري وضع قوانين البناء الصحية واحتياجات السلامة لكبار السن بعين الاعتبار. فالأخطار المنزلية التي تزيد من خطر السقوط يجب معالجتها أو إزالتها.

جـ- السقوط:

إن سقوط كبار السن هو سبب كبير ومتزايد للإصابة وإرتفاع تكاليف العلاج والموت. مخاطر البيئة التي تزيد من خطورة السقوط تشمل الإضاءة السيئة والزلق أثناء المشي أو عدم انتظام سطوح المشي والافتقار إلى الدرابزين الداعمة. وفي معظم الأحيان تحدث حالات السقوط في المنزل ويمكن تفاديها. إن أثار السقوط المستمرة في كبار السن هي أكثر شدة من تلك التي تحدث بين الشباب. أما بالنسبة للإصابات التي بنفس الشدة فان كبار السن يعانون من إعاقات أكثر ودخول مستشفى لمدة أطول وامتداد فترات التأهيل وينتج خطر اكبر للاعتماد على الآخرين وارتفاع خطر الموت.

د - الماء النظيف والهواء النظيف والطعام الأمن:

إن الماء النظيف والهواء النظيف والطعام الأمن لهم أهمية خاصة للأشخاص في فئات العمرالأكثر عرضة للأمراض أي الأطفال وكبار السن وأولئك الذين يعانون من الأمراض المزمنة وجهاز مناعة ضعيف.

٦ - عوامل متعلقة بالبيئة الاجتماعية:

إن الدعم الاجتماعي وفرص التعليم والتعلم مدى الحياة والسلام والحماية من العنف وسوء المعاملة هي عوامل أساسية في البيئة الاجتماعية التي تعزز الصحة والمشاركة والأمن مع تقدم الناس بالسن. إن الشعور بالوحدة والعزلة الإجتماعية والأمية وأفتقار التعليم وسوء المعاملة والتعرض إلى أوضاع متعارضة يزيد زيادة كبيرة من مخاطر حالات كبار السن للإعاقة والوفاة المبكرة.

أ - الدعم الاجتماعي:

إن عدم كفاية الدعم الاجتماعي يرتبط ليس فقط بزيادة في الوفيات والإصابات والضيق النفسي ولكن أيضا بانخفاض في عموما الصحة العامة والرفاه. إن تعطل العلاقات الشخصية، والشعور بالوحدة والتفاعلات المتناقضة هي المصادر الرئيسية للتوتر، في حين إن الاتصالات الإجتماعية الداعمة والعلاقات الحميمة هي مصادر حيوية للقوة العاطفية. إن المسنين هم أكثر عرضة لفقدان أعضاء الأسرة والأصدقاء وأكثر عرضة

والأصدقاء وأكثر عرضة إلى الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية وتوفر «مجموعة اجتماعية أصغر». وترتبط العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة في سن الشيخوخة بإنخفاض في كل من الرفاهية البدنية والعقلية. وفي معظم المجتمعات فإن الرجال هم أقل فرصة من النساء بالدعم الاجتماعي.

ب - العنف وسوء المعاملة: إن كبار السن عرضة لسوء المعاملة والذين يعيشون لوحدهم هم أيضاً عرضة للجرائم.

ج - المستوى العلمي: المستويات العلمية المنخفضة ترتبط بكثير من مخاطر الإعاقة والموت وكذلك بمعدلات عالية من البطالة.

٦ - عوامل متعلقة بالشئون الاقتصادية:

أ - الدخل: التشيخ النشط يحتاج أن يدرج ضمن إطار مكافحة الفقر لكل الأعمار.

ب- العمل: ممكن لكبار السن ان يعملوا وبذلك فان المجتمع سيستفيد وفي كافة أنحاء العالم يجب أن يتم تشجيع كبار السن على العمل وتهيئة فرص العمل المناسب لهم[٢].

المراكز الصحية المراعية للسن
Age primary health care centers

أسباب الحاجة إلى المراكز الصحية مراعية للسن :
Need for Age-PHC Care

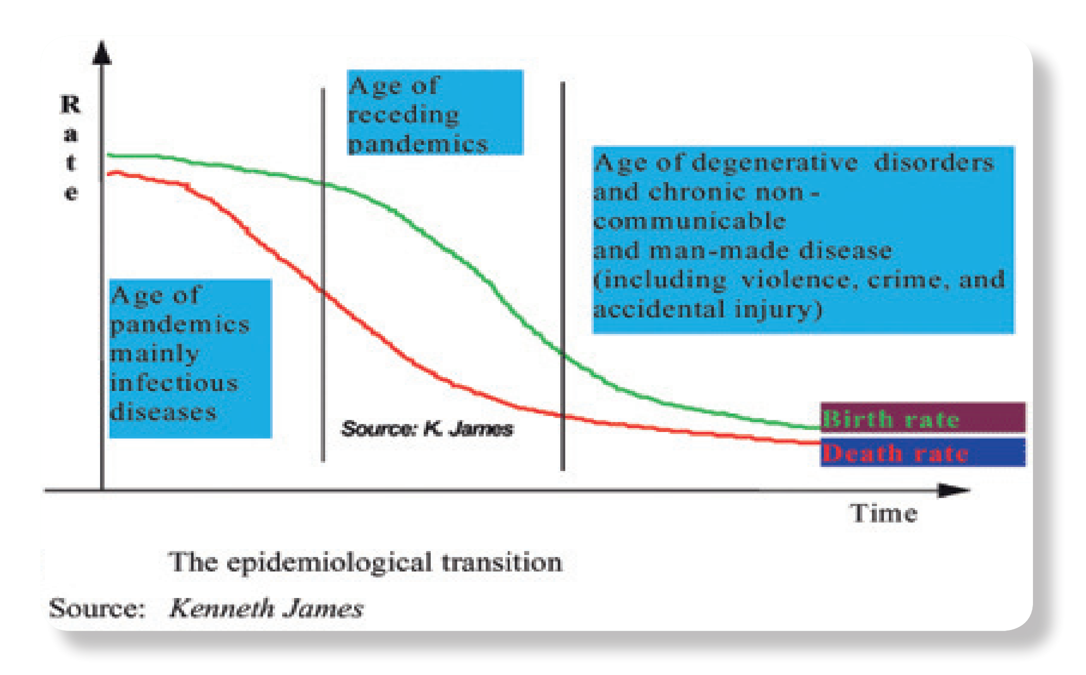
١ - أسباب ديموغرافية The demographic imperative

إن نتيجة التحول الديموغرافي هو تشيخ سكان العالم بسرعة ليصل عدد المسنين من (٦٥٠ ألف في عام ٢٠٠٠ م إلى (٢ مليار) عام ٢٠٥٠م[٤].

٢- تحول الأوبئة The epidemiological transition

لقد صاحب التحول الديموغرافي تحول في نمط الأوبئة[٤](شكل ١٢)[٣٢].

شكل١٢: تحول الأوبئة Epidemiological transition [٣٢]



لقد تحول نمط المراضة والوفيات من كون الأسباب الرئيسية لهما الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة وأهمها خمسة أسباب (إرتفاع ضغط الدم وأمراض القلب وأمراض الاوعية الدماغية والسكري والتهاب المفاصل).

والأسباب الخمسة الرئيسية للمراضة والوفيات تسمى أيضاً «أمراض نمط الحياة». وبينما الأسباب الرئيسية للمشاكل الصحية في المسنين يكون منشئها منذ(٣٠ - ٤٠)سنة لكن العبء يُحس به في السنوات الأخيرة لذا فهناك ميل بربط التشيخ مع المرض. وتواجه دول العالم النامي عبء الأمراض المعدية المتواصل بينما معدل انتشار عوامل خطورة الأمراض المزمنة هو أيضاً في تزايد وجميعها ضمن النظام الصحي والاجتماعي المنخفض الموارد. وبالرغم من تطلع العديد من الأفراد للعيش أطول إلا أن خطر الإصابة بمرض مزمن واحد على الأقل كارتفاع ضغط الدم أو السكري يتزايد مع التقدم بالسن وهذا

ليس عائد للتقدم بالعمر الزمني بحد ذاته ولكنه انعكاس لتراكم عوامل الخطورة لهذه الأمراض خلال جميع الأعمار عبر مساق الحياة (شكل١٢) [٣٢] .

إن الأنماط المسببة للإعاقات والأمراض المزمنة مكلفه اقتصادياً وبشرياً لكل من الأشخاص والعوائل والمجتمع. إن إتباع «نهج مدى الحياة - Life course approach» يشمل نمط حياة صحي وتميز أثر البيئة والظروف الاجتماعية والاقتصادية وظروف أخرى ممكن أن يقطع الدائرة التي تؤدي إلى الأمراض المسببة للإعاقة فيما بعد في مرحلة الحياة الأخيرة. وحالما تُكتشف الأمراض المزمنة لدى المسنين فانه يجب تدبرهم بحرص وعناية من خلال تداخلات على مستوى المجتمع مثل الرعاية المستمرة والعلاج والتثقيف الصحي لمنع العواقب الوخيمة. وهنا يأتي دور تطبيق الإستراتيجية الوقائية بجميع مستوياتها وتعزيز الصحة للأمراض المزمنة [١٩].

٣ - الضغوط الاقتصادية Economic pressures

إن الفرص التي يضيعها النظام الصحي للتعامل مع عوامل الخطورة المتراكمة أو الأمراض المزمنة المرتبطة بتقدم العمر سيؤدي إلى ارتفاع معدلات حدوث وانتشار مضاعفات هذه الأمراض وقد يسلب الموارد من الأولويات الأخرى. إن تمتع كبار السن بصحة جيدة سيحرر الموارد والتي يمكن استخدامها لاحتياجات أخرى مثل صحة الأم والطفل .

بينما التشيخ الصحي مهم في الدول المتقدمة لكي يتم التحكم بالنفقات الصحية فهو حيوي للدول النامية حيث موارد الرعاية الصحية محدودة. إن الرعاية الصحية الأولية تلعب دوراً أساسياً لتحقيق هذه الأهداف .

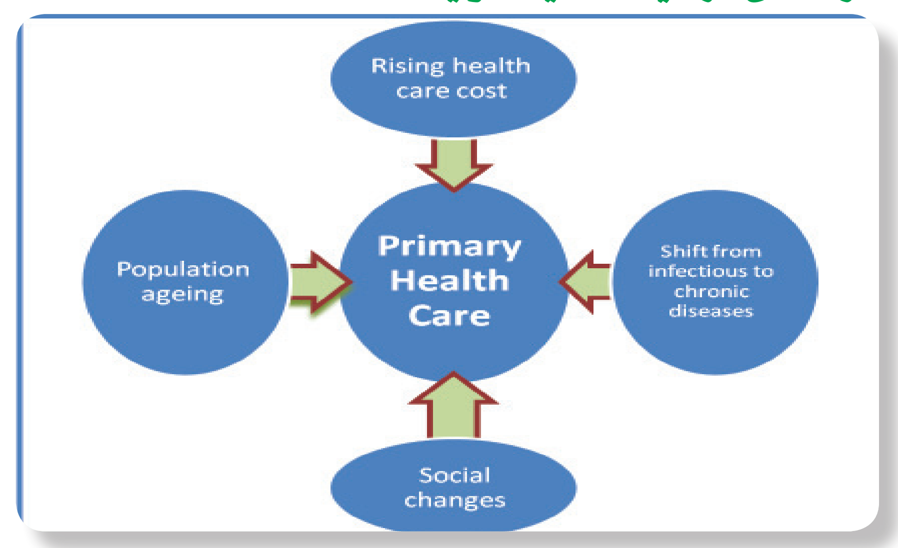
٤ - التغيرات الاجتماعية Social change

إن المجتمعات التقليدية في الدول النامية تتغير بسرعة. ويتناقص دعم الأسرة والمجتمع كثيراً لعدة عوامل متعلقة بالتغير الاجتماعي السريع بما في ذلك هجرة أفراد الأسرة الشباب من الريف إلى الحضر وتغير أنماط الأسرة وتقلص حجم الأسرة وزيادة مساهمة المرأة في القوى العاملة. وبغياب الأمن الاجتماعي وبرامج الدعم الأساسية المتوفرة في البلدان الأكثر تطوراً فان كبار السن الضعفاء المتواجدين ضمن نظام قليل الموارد في خطر كبير [٤].

إن هذه الأسباب الأربعة تستدعي الحاجة إلى تغير مراكز الرعاية الصحية الأولية لتلبي احتياجات المراجعين من كبار السن [٥]. ويلخص (شكل ١٣) الضغوط على الرعاية الصحية الأولية التي إستدعت الحاجة إلى المراكز الصحيةمراعية للسن [٤].




شكل ١٣ : الضغوط على الرعاية الصحية الأولية Pressures on PHC



تعريف وقياس المركز الصحي مراعي للسن :

Defining and Measuring an Ageing Friendly Health Center

إن قيمة وكفاءة أي مركز صحي تعتمد كثيراً على مدى سهولة الوصول إليه من قبل السكان الذين يقدم لهم الخدمة وكيفية إدراك وملاحظة المجتمع لنوعية هذه الخدمة. لقد ابتدعت المراكز مصطلح «ملائم للمسنين»و«تمكين» بيئات للسكان المستهدفين في الماضي، منظمة الصحة العالميةتترجم إلي عربية .إن المصطلح (Ageing friendly) إلي«المراعية للمسنين» لتجنب التميزالعمري وضمان الإتجاه نحو محتويات وخدمات صحية ، وقائية ، علاجية .

ويعكس الملخص التالي ما يُعتبر من الخصائص المميزة لـ«المركز الصحي مراعي للسن». حيث أن المراكز الصحية أو البرامج الملائمة للسن (Ageing friendly health centers or programs) ستكون على النحو التالي :

- تعتمد على تقييم الاحتياجات بما في ذلك كبار السن ومقدمي الرعاية الأسرية. Based on needs assessment including older persons and family caregivers
- سهلة الوصول إلى المستخدمين بما في ذلك وسائل النقل. Accessible to the users including transportation
- بيئات «صديقة» لمن لديهم فقد السمع و البصر والإعاقات الجسدية - "Friendly environments for persons with hearing and vision loss and physical disabilities"
- متعددة الخدمات - ممتدة (Multi service - outreach)
- راعية البيئات - Caring environments
- يضم موظفين مؤهلين مدربين في طب الشيخوخة - Housed with competent staff trained in geriatrics.
- موجهه لتعزيز الصحة (حلقات تثقيف)-(Health promotion-oriented education classes)
- حساسة لثقافة المجتمع Culturally sensitive
- مصممة وفقاً لنهج المدن والبلديات الصحية - Designed according to the approach




of healthy cities and municipalities

- مجهزه بموظفين إيجابيين للشيخوخة Staffed by ageing-positive personnel Staffed by ageing-positive personnel
- مندمجة مع جودة بيئات جميع الأعمار Integrated with quality environments for all ages
- قريبة إلى الخدمات الأخرى في المجتمع Close to other services in the community
- مزودة بمواد التثقيف والمعلومات العامة للمسنين (مثلا عن الضمان الاجتماعي) (Supplied with education material and general information for elders (e.g. on social security)
- إشراك كبار السن كمتطوعين Involving seniors as volunteers
- التماس آراء المستخدم للخدمات من أجل التغيير المستمر وفقا للحاجة- Seeking user's opinions of services for ongoing change according to need
- معتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية Accredited by WHO
- رصد وتقييم بواسطة مؤشرات «مراعيةللسن»[٢٦] . Monitored and evaluated by indicators

مؤشرات المركز الصحي المراعي للسن
Indicators of an "ageing friendly" Health Center

١ - رضا المستخدم - User satisfaction

٢ - مؤشرات المردود الإكلينيكية (مثلاً المراضة، والوضع الوظيفي، وفترة دخول المستشفيات) (Clinical outcomes indicators (e.g. morbidity، functional status length of hospitalizations)

٣ - رضا موظفي الرعاية الصحية عن رعاية صحة المسنين - Health care staff satisfaction .with care of the aged

٤ - التعرف على موقع التدريب (القدرة على جذب المتدربين) - Recognition as training site .(capacity to attract trainees-

٥ - سجل حافل من الابتكار واعتماد افضل الممارسات[٢٦] - Track record of innovation and adoption .of best practices-

مبادئ مراكز الرعاية الأولية الصحية مراعية للسن
Age-friendly PHC principles

لقد أعدت منظمة الصحة العالمية «مبادئ مراكز الرعاية الأوليةمراعية للسن» والتي هي جزء من إطار بيرث للرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع المراعية للسن[٥] (Perth Framework for Age-Friendly Community-Based PHC Care) التي تم الاتفاق عليها في بيرث باستراليا عام ٢٠٠٠م. وتشمل مبادئ المحن الشديدة (cross cutting) والنوع والبيئة وحقوق الإنسان ولقد استخدمت لإعداد «معاييرمراعية للسن» ولتحديد ماذا يؤهل خدمات الرعاية الصحية الأولية لتكون «مراعية للسن»[٤].

هيكل بيرث للرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع المراعية للسن
Perth framework for age-friendly community-based PHC

المبرر Rationale

أكدت خطة مدريد الدولية للشيخوخة (٢٠٠٢م) على أن أنشطة تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض طوال الحياة وتوفير فرص متساوية لكبار السن للرعاية والخدمات الصحية هي حجر الزاوية للتشيخ الصحي. وتوصي الخطة باتخاذ تدابير لتوفير وصول عام ومتكافئ للمجتمع القائم على الرعاية الصحية الأولية ووضع برامج في مجال صحة المجتمع لكبار السن .

كما تدعو خطة عمل مدريد إلى القضاء على التمييز في الحصول على الرعاية الصحية على أساس السن أو أي شكل من أشكال أخرى من التمييز.ومبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن تؤكد على مبادئ الاستقلالية والمشاركة والرعاية وتحقيق الذات والكرامة التي بواسطتها ينبغي أن يكون لكبار السن مدخل للرعاية الصحية والإستفادة من الرعاية الأسرية ورعاية المجتمع والحماية وفقاً لنظام القيم الثقافية لكل مجتمع. ولكل إنسان الحق بالتمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية الذي يفضي للعيش بكرامة. إن حق الإنسان بالصحة متعارف عليه في العديد من الاتفاقات الدولية منها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري والتمييز ضد المرأة ، ودستور منظمة الصحة العالمية .

إن تحديات تشيخ السكان السريع لتوفير الرعاية الصحية والخدمات الإجتماعية والطلب على هذه الخدمات قد يتكثف مع استمرار زيادة عدد ونسبة السكان المسنين. إن نمط الأمراض العالمي آخذ في التحول من الأمراض المعدية إلى غير المعدية والمزمنة وكثير منها يمكن منعه أو تأخيره من خلال استراتيجيات تشمل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. ومع أن عبء المرض يتحول بسرعة نحو الأمراض المزمنة فأن النظم الصحية لا تزال تتوجه في الغالب لمعالجة الحالات الحادة والعرضية. ولكن الأمراض المزمنة تتطلب مراقبة مستمرة لتقليل حدوث الإعاقة المرتبطة بها وآثارها السلبية على نوعية الحياة. والرعاية المزمنة غالباً ما تتوفر بفعالية أكثر إذا كانت قائمة على أساس المجتمع بدلاً من الرعاية الحادة أو الإطار المؤسسي.

وبالرغم من أن معظم المسنين ما زالوا يتمتعون بصحة جيدة نسبياً ومساهمين نشطين في مجتمعاتهم وأسرهم فان العديد منهم يحتاج إلى إهتماماً خاصاً ودعم للمحافظة على الصحة.

وعموماً يفضل كبار السن ان يشيخوا في منازلهم وضمن مجتمعاتهم أو بيئاتهم المألوفة. لذا فان كل من القرب وسهولة المنال والجودة الاقتصادية وسهولة الاستخدام لخدمات الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع (Age-friendly community-based PHC) له أهمية حيوية لصحة ورفاه المسنين وعائلاتهم. وعلى العموم فأن الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع هي نقطة الاتصال الأولى مع الخدمات الصحية الرسمية وغالبا ما تكمل بالرعاية الإجتماعية. وينبغي أيضا أن يتضمن تقديم الرعاية الصحية أنشطة تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. إلا أنه بالرغم من وجود استثناءات قليلة فإن خدمات الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع في كثير من الأحيان تكون مجزئة وغير حساسة

لإحتياجات مستخدميها من كبار السن. وقد يكون لديها موارد غير كافية والقليل من التركيز على تعزيز الصحة والوقاية والفرز المنتظم والإحالة - إلا أن جميعها ضروري للحفاظ على صحة المسنين[١٢].

الأهداف Objectives

وفي محاولة لتعزيز استجابة الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع لتلبية احتياجات السكان بصفة عامة وعلى وجه الخصوص إلى الأعداد المتزايدة من المسنين فقد تم وضع مجموعة من المبادئ العامة للرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع المراعية للسن. وتهدف هذه المبادئ العامة إلى توفير الإرشادات ووضع المعايير في مجال توفير الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع لضمان أن تكون الخدمات تراعي التشيخ وتستجيب للتشيخ وأن تكون أكثر سهولة للمستخدمين من جميع الأعمار وبالأخص كبار السن. ويجب تمكين ومساعدة مستخدمي خدمات الرعاية الصحية ولا سيما كبار السن للبقاء نشطين ومنتجين ومستقلين في مجتمعاتهم لأطول فترة ممكنة. وكهدف عمومي فإن المبادئ العامة تهدف إلى تمكين كبار السن من تحقيق التشيخ النشط والذي عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه عملية تحسين فرص الصحة والمشاركة والأمن من أجل تحسين نوعية حياة الناس مع تقدمهم العمر.

المبادئ الشاملة Overarching principles

كمبدأ شامل فإن خدمات الرعاية الصحية يجب أن تهدف إلى توفير أعلى معايير الصحة التي يمكن بلوغها وتفضي إلى تعزيز التشيخ النشط والصحة على مساق الحياة والحفاظ على الحياة في كرامة. وتحقيقاً لهذه الغاية فأن خدمات الرعاية الصحية يجب أن تقابل الصفات الأساسية التالية :

١. التوفر .
٢. سهولة الوصول اليها .
٣. الشمولية .
٤. الجودة .
٥. الكفاءة .
٦. عدم التمييز .
٧. الاستجابة للتشيخ .

ينبغي لجميع الخدمات والإهتمامات الطبية أن تغطي كلا من الصحة البدنية والعقلية بما في ذلك توفير فرص متكافئة ووقت مناسب للوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والتثقيف الصحي وبرامج الفرز المنتظم والعلاج الملائم للأمراض والإعاقات وتوفير الأدوية الأساسية. كما ينبغي تنسيق خدمات الرعاية الصحية مع توفير خدمات الدعم الإجتماعي بما في ذلك وعند الضرورة توفير الضروريات الأساسية مثل المأوى والغذاء والأمان. وينبغي تمكين مستخدمي الرعاية الصحية بجميع الأعمار ومنهم كبار السن الذين هم فئة مستهدفة متزايدة ، إلى إتخاذ

قرارات مستنيرة بشأن الخدمات المتاحة لهم .
ويجب الإلتزام بمبدأ عدم التمييز لضمان التوزيع والمساواة في المعاملة مع مراعاة الضعف الإقتصادي والإجتماعي والنفسي والبدني لكبار السن ، والأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الصحية الخاصة للنساء المسنات في تعزيز السلوك وتوفير خدمات الرعاية الصحية المراعية للسن. وحيث أن المسنات يشكلن عموماً غالبية السكان المسنين فيجب على الرعاية الصحية الأولية أن تضمن المواقف والخدمات والسياسات ذات الصلة بدمج كل من السن والاهتمامات بين الجنسين. كما أن هناك أدلة متزايدة على أن الاحتياجات الصحية للرجال المسنين غالباً ما تُهمل وتحتاج إلى معالجة من قبل مقدمي الرعاية الصحية من خلال برامج خاصة للتوعية.
كما يجب على الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع المراعية للمسن أن تستجيب للتنوع الثقافي وأن تكون حساسة لإهتمامات جميع مستخدمي الرعاية الصحية بما في ذلك كبار السن .
إن دمج الإهتمامات الثقافية في الرعاية الصحية بالمجتمع سيزيد من استجابة الخدمات ويقلل حواجز الوصول بسهولة إلى الخدمات ، وبالتالي مساعدة المسنين وأسرهم وشبكات المجتمع. وعلى مستوى سياسي واسع النطاق فان الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن تساعد على تعزيز نهج متكامل للصحة العامة والرعاية الصحية. لذا يجب أن تُدمج هذه الرعاية جيداً في السياسات الصحية والاجتماعية على المستويين الوطني والمحلي في كل مراحل وضع وتنفيذ السياسات. ولتكون فعالة يجب تحسين التعاون والتنسيق بين الإدارات الحكومية والمنظمات الأخرى ذات الصلة والمجتمع المدني. ومن الضروري أن يتم تميز الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع، بما في ذلك الرعاية الصحية لكبار السن والرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع المراعية للسن، أن يُدرك بإن لها فوائد على المدى الطويل وأن يخصص لها ميزانية كافية لدعم تدريب مقدمي خدمة رعاية المسنين المهنيين والغير رسميين. في نهاية المطاف ينبغي أن تُنتج الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن تغيراً في السلوك والتعليم والتدريب وكافة مجالات الخدمات الصحية المتكاملة والدعم الاجتماعي لتكون شاملة وسهلة المنال والاستجابة وذات جدوى إقتصادية[١٢].

المبادئ الإرشادية العامة لممارسة الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع مراعية للسن

General principles guiding the practice of age friendly community-based PHC

١-فى مجالات المعلومات والتثقيف والتواصل والتدريب

In the areas of information, education, and training

١- يجب أن يتلقى جميع موظفي مراكز الرعاية الصحية تدريباً أساسياً في التشيخ والنوع والممارسات التي تناسب ثقافة المجتمع حول المعرفة والسلوك والمهارات.

All health care centres staff should receive basic training in age, gender, and culturally sensitive practices that address knowledge, attitude and skills





٢- يجب أن يتلقى جميع العاملين الصحيين بالمراكز الصحية تدريباً في الكفاءات الأساسية لرعاية المسنين.

All clinical staff in the health care centres should receive basic training in core competencies of elder care.

٣- يجب أن تُقدم مراكز الرعاية الصحية تدريب ومعلومات عن تعزيز الصحة تلائم العمر ونوع الجنس وكذلك عن تدبر الأمراض وأدوية المسنين ومن يرعاهم بشكل غير رسمي وذلك لتعزيز الصحة.

Health care centeres should provide age, gender and culturally appropriate education and information on health promotion, disease management and medications for older persons as well as their informal carers in order to promote empowerment for health.

٤- يجب أن يراجع الموظفين في مركز الرعاية الصحية بانتظام استخدام جميع الأدوية، بما في ذلك العلاج التكميلي مثل الأدوية والممارسات التقليدية.

Health care centres staff should review regularly the use of all medications, including complementary therapies such as traditional medicines and practices.

٢ - فى مجال نظام إدارة الرعاية الصحية الأولية المبنية على المجتمع

:In the area of community-based PHC management systems

١- يجب على مراكز الرعاية الصحية بذل كل جهد لتكيف إجراءاتها الإدارية للإحتياجات الخاصة لكبار السن شاملة ذوي المستويات التعليمية المنخفضة منهم أو الذين لديهم ضعف في الإدراك.

Health care centers should make every effort to adapt their administrative procedures to the special needs of older persons, including older persons with low educational levels or with cognitive impairments

٢- يجب أن تكون نظم مراكز الرعاية الصحية حساسة للتكاليف لتيسير إمكانية حصول ذوي الدخل المنخفض على الرعاية اللازمة.

Health care centres systems should be cost sensitive in order to facilitate access to needed care by low income persons.

٣- يجب أن تعتمد مراكز الرعاية الصحية نظم تدعم استمرارية خدمات الرعاية على مستوى المجتمع وبين مستوى كل من المجتمع والرعاية الثانوية والثالثية.

Health care centres should adopt systems that support a continuum of care both within the community level and between the community and secondary and tertiary care levels.

٤- يجب أن تضع المراكز الصحية آليات تيسر وتنسق الحصول على خدمات الرعاية الإجتماعية والمنزلية.

Health care centres should put into place mechanisms that facilitate and coordinate access to social and domiciliary care services.

٥- يجب أن تدعم جميع نظم حفظ سجلات مراكز الرعاية الصحية استمرارية الرعاية بحفظ سجلات الرعاية المبنية على المجتمع والثانوية والثالثية بالإضافة إلى توفير الخدمات الاجتماعية لمراجعيها.

All record keeping systems in health care centres should support continuity of care by keeping records on community-based, secondary and tertiary care as well as on the provision of social services for their clients

٦- يجب أن يكون جميع ذوي العلاقة بما فيهم كبار السن جزءا من آليات صنع القرارات القائمة على المشاركة الخاصة بتنظيم خدمات الرعاية المجتمعية المرتكز.

All relevant stakeholders, including older persons should be part of participatory decision-making mechanisms regarding the organization of the community-based care services

٣- في مجال بيئة البناء

In the area of the physical environment

١- يجب تطبيق المبادئ المشتركة لـ «التصميم العام» لبيئة البناء لمرافق الرعاية الصحية حيثما كانت عملية معقولة وممكنة.

The common principles of Universal Design should be applied to the physical environment of the health care facility whenever practical, affordable and possible

٢- يجب إتاحة وسائل نقل بأسعار معقولة للجميع إلى مركز الرعاية الصحية بما في ذلك كبار السن كلما كان ذلك ممكناً باستخدام مجموعة متنوعة من الموارد المستندة إلى المجتمع المحلي، بما في ذلك المتطوعين.

Safe and affordable transport to the health care centre should be available for all, including older persons, whenever possible, by using a variety of community-based resources, including volunteers

٣- يجب تعليق لافتات بسيطة وسهلة القراءة بجميع أنحاء مركز الرعاية الصحية لتيسير التوجه وإضفاء الطابع الشخصي لمقدمي الخدمة وللخدمات.

Simple and easily readable signage should be posted throughout the health care centre to facilitate orientation and personalize providers and services

٤- يجب التعرف بسهولة على الموظفين الرئيسين بالمراكز الصحية باستخدام بطاقات التعريف بالاسم ولوحات تعريفية.

Key health care staff should be easily identifiable using name badges and name boards

٥- يجب تزويد المراكز الصحية بإضاءة جيدة وأسطح و أرضية غير زلقة، وأثاث مستقر وممرات واضحة.

The health care centre should be equipped with good lighting, non-slip floor surfaces, stable furniture and clear walkways

٦- يجب أن تكون مرافق المراكز الصحية، بما في ذلك مناطق الانتظار، نظيفة ومريحة دائماً.

The health care centre facilities, including waiting areas, should be clean and comfortable throughout.

يمكن تكييف هذه المبادئ العامة في كل مركز للرعاية الصحية الأولية لضمان القدرة على الاستجابة والحساسية تجاه المجتمع المقدم له الخدمة .

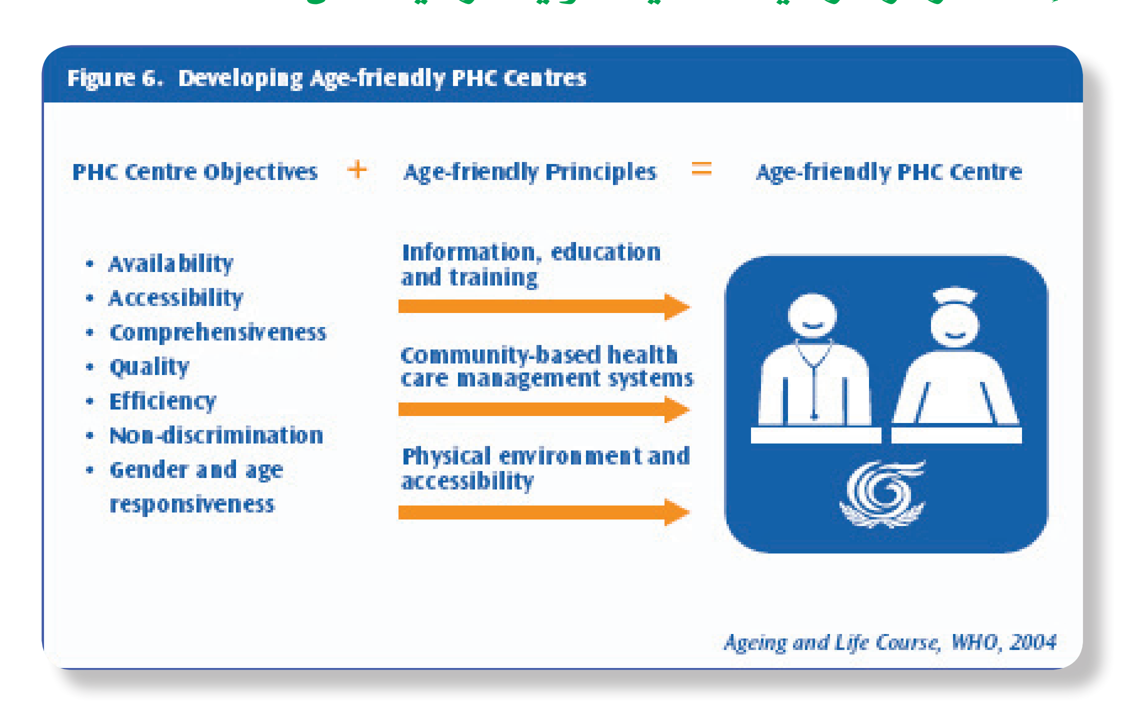
ومن الأهمية بمكان أن نتذكر أنه بينما المبادئ المراعية للسن تفيد بالمقام الأول كبار السن فهي أيضاً تمكن الناس الذين لديهم حركة محدودة بشكل مؤقت أو دائم للتوصل إلى احتياجات الرعاية والمحافظة على الصحة والاستقلالية. إن المركز الصحي المراعية للسن لا يحبذ المسنين ولكن بدلاً من ذلك يفيد كل المرضى تمشياً مع شعار السنة العالمية لكبار السن للأمم المتحدة لعام ١٩٩٩م «نحو مجتمع لجميع الأعمار»[١٢].

دمج نهج الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية

إن القطاع الصحي ليس هو القطاع الوحيد المسئول عن تطبيق السياسات بل تشترك بذلك القطاعات الأخرى ذات العلاقة. إن إتباع نهج متكامل يؤكد على أهمية العديد من الشركاء المختلفين في مجال الصحة العامة ويعزز دور القطاع الصحي كمحفز للعمل. وعلى مستوى السياسات الكلية، فأن الرعاية الصحية المبنية على المجتمع المراعية للسن تساعد في تعزيز دمج وتكامل الصحة العامة والرعاية الصحية لذلك.

يجب على المبادئ العامة لمراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن أن تندمج تماما وتتكامل مع سياسة الصحة والسياسة الإجتماعية ذات العلاقة على المستويين الوطني والمحلي في جميع مراحل صنع السياسات وتنفيذها (شكل١٤)[٥].

شكل ١٤ : إنشاء مراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن[٥]



بيئة مراكز الرعاية الصحية المراعية للسن :

أدى التشيخ عالمياً إلى العيش لأعمار طويلة مع زيادة في خطر الإصابة بالأمراض المزمنة

التي عادةً ما تؤدي إلى حدوث حالات الإعاقة (ضعف في البصروالسمع والحركة) .يحتاج العديد من كبار السن إلى كرسي متحرك للتجول بصورة مؤقتة أو دائمة والعديد من المسنين - سواء كانوا ذوي إعاقة أم لا – يحتاجون إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية لتقدم الرعاية الصحية لهم خاصة في البلدان النامية . وينبغي أن توفر هذه المراكز بيئة حيث يتمكن المسنين من الحركة باستقلالية ونشاط وسلامة وأمان. كما أن هناك خدمات أخرى ضروري تواجدها في مراكز الرعاية الصحية التي تخدم المسنين تشمل:

- توفر وسيلة النقل
- الأجهزة المساعدة «خاصة الكراسي المتحركة»
- العناصر البشرية المساعدة

موارد جعل البيئة العمرانية للمراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن:

Resources to make the physical environment of a PHC centre age-friendly

أولاً: التصميم العام - تصميم لمستخدمي المراكزالصحية

Universal design – design for user-PHC centre

ثانياً : إرشادات للافتات داخل وخارج مركز الرعاية الصحية الأولية

Guidelines for signage inside and outside the PHC centre

التصميم العام - تصميم لإستخدام سهل لمركز الرعاية الصحية الأولية

Universal design – design for user-friendly PHC centre

مبادئ التصميم العالمي — The Principles of Universal Design

المبدأ ١: الاستخدام العادل	Principle 1: Equitable use
المبدأ ٢: مرونة الاستخدام	Principle 2: Flexibility in use
المبدأ ٣: استخدام بسيط وبديهي	Principle 3: Simple and intuitive use
المبدأ ٤: معلومات محسوسة	Principle 4: Perceptible information
المبدأ ٥: التسامح مع الخطأ	Principle 5: Tolerance for error
المبدأ ٦: جهد بدني منخفض	Principle 6: Low physical effort
المبدأ ٧: حجم ومساحة النهج والاستخدام	Principle 7: Size and space for approach and use

إعتبارات التصميم — Design considerations

المنحدرات :

إذا كان للمدخل عتبات فينبغي أن يكون له أيضاً رصيف منحدر بالمواصفات التالية:

١. أن يكون له ميل سلس (١ :١٢ ، والأفضل ١ :١٤ أو ١ :١٦) يعني ذلك ميلاً بمقدار ١٢٠مم لتغطية ارتفاع ١٠مم.





القائمة التذكيرية لـ «تدقيق الوصول» لمراكز الرعاية الصحية الاولية:

اسم مركز الرعاية الصحية: تاريخ التدقيق :

اسم مدير المركز: العنوان:

أ ـ إمكانية الوصول بوسائل النقل العامة		
هل تصل خدمات النقل العام إلى المركز ؟	نعم	لا
هل تبعد اقرب محطة اقل من ٥٠م؟ أن كانت الإجابة لا فاذكر المسافة المسافة ------------		
أ ـ المدخل الرئيسي ١ ـ قبل المدخل الرئيسي		
هل هناك عتبات؟ اذا نعم .... كم درجة؟ ------------		
هل لهذه العتبات درابزين أو قضبان مسكة؟ اذا نعم ... جانب واحد / جانبان		
هل هناك رصيف منحدر؟ هل له درابزين أو قضبان مسكة؟		
هل الميل سلس؟ نسبة (١ : ١٠ ، ١٢، ١٤، ١٦) النسبة -------		
٢ - المدخل		
هل عرض المدخل اكبر أو يساوي ٩٠٠مم العرض ______ نوع الباب بمزلاج / سحّاب		
هل المدخل سهل الولوج بالنسبة لمستخدمي الكراسي المتحركة؟		
هل تخلو منطقة موطئ المدخل من العوائق؟		
هل تبدو مخارج الطوارئ مميزة للعيان وسهلة الوصول؟		
ب ـ موقف السيارات		
هل توجد مساحة مخصصة كموقف لسيارات المعاقين وكبار السن قريبة من المدخل الرئيسي؟		
مساحة قطعة الموقف (لا تقل عن ٤٨٠٠مم X ٣٦٠٠ مم)		
جـ ـ المصعد (في حالة كان المركز يحوي أكثر من طابق)		
هل يصل المصعد إلى جميع الطوابق؟		
هل يوجد ممر سهل للوصول إلى المصعد؟		
هل يمكن تمييز باب المصعد بسهولة؟		
هل تبلغ فتحة الباب الحرة ٩٠٠مم أو اكبر؟ العرض ------		





٢- المدخل الرئيسي

أ - الهاتف العمومي

هل يوجد هاتف عمومي بالقرب من المدخل أو قاعة الاستقبال؟		

ب - مخططات الطوابق

هل منصة الإستقبال سهلة التمييز وقريبة من المدخل؟		
هل الحجرات مرتبة بطريقة منطقية تقلل من معاناة المستخدم؟		
هل جميع الأبواب ذات عرض أكبر أو يساوي ٩٠٠مم؟		
هل تم تنظيم المجالس بصورة مريحة للمستخدم؟		
هل الأرضيات غير زالقة وجيدة الصيانة؟		
هل التركيبات والأثاث مرتبة بصورة تقلل من الحدوث السقوط والإصابات المحتملة؟		
هل يقوم الطاقم العامل بالمركز بتقديم المساندة للعملاء ؟		
هل يوجد عدد احتياطي من الكراسي المتحركة؟		
هل الإضاءة والتهوية كافية في الحجرات والممرات؟		

جـ - أماكن الأكل

هل يوجد منفذ لتقديم الأكل داخل المبنى؟		
هل المنفذ متاح وسهل الوصول بشكل عام؟		
هل صنبور المياه وحوض الغسيل سهلة الوصول؟		

د - السلالم (أن كان للمركز أكثر من طابق)

هل الدرجات «صديقة» لكبار السن؟-هل هي منتظمة ويسهل تمييزها؟		
هل يوجد درابزين أو قضبان مسكة؟		
هل الدرابزين و قضبان المسكة مستمرة؟		
هل يبلغ ارتفاع الدرابزين و قضبان المسكة بين ٨٠٠-٩٠٠مم من الأرضية؟		
اذا نعم الارتفاع ________		

و - الممرات

هل يبلغ عرض الممرات الحد الأدنى المناسب دون عوائق لمستخدمي الكراسي المتحركة		
هل الممرات خالية من العوائق؟		
هل يوجد درابزين أو قضبان مسكة ؟		

ملاحظات/اقتراحات:

اسم وتوقيع رئيس الفريق ______________________________

ارشادات للافتات داخل وخارج مركز الرعاية الصحية الأولية

Guidelines for signage inside and outside the PHC centre

تصميم اللافتات

١ - الحروف والخلفية للافتات تكون من مادة مطفأة البريق وغير عاكسة.
٢ - الحروف والعلامات يجب أن تكون مغايرة لخلفياتها – خلفية غامقة مع حروف فاتحة أو العكس.
٣ - يجب أن تكون الحروف كبيرة بما فيه الكفاية وليست محشورة حتى يتمكن الأشخاص من قراءتها بسهولة من بعد - استخدم كلمات وأرقام قليلة قدر الإمكان.
٤ - ينبغي أن يكون العرض المرئي بسيطا وسهل الفهم – أستخدم فقط الكلمات والعبارات الدالة، أشكال بسيطة وخطوط ، والقليل من الكلمات المنتقاة - لا تحشو المساحة المعروضة.
٥ - استخدم الرسومات بقدر الإمكان خاصة الرسومات المعتادة الشائعة في المجتمع لتعزيز التعرف عند من لديهم خلل إدراكي.
٦ - استخدم الألوان بكثرة لزيادة تأثير الرسومات ولتأكيد النقاط العامة، توليفة الألوان أو التباين مهمة – الألوان الأكثر لفتا للانتباه هي الأحمر والأزرق.
٧ - عند كتابة اللافتة يدوياً استخدم قلماً سميكاً مشطوف السن بحبر اسود على خلفية ذات لون أبيض أو شبه أبيض أو اصفر باهت.
٨ - استخدم زجاج غير ساطع للافتات المركبة خلف زجاج.
٩ - استخدم علامات «برايل» المتوافقة مع النظم المحلية.
١٠ - أنتبه «للهجة» الرسالة التي تتضمنها اللافتة - ينبغي أن تكون الرسائل ترحيبية وودية- كأن تحتوي على: «من فضلك» أو «شكراً لتعاونكم»...حسب مقتضى الحال .

مكان وضع اللافتة

١ - ضع اللافتة بحيث تكون على مستوى النظر وبأحرف كبيرة .
٢ - خارج المباني لتمييز المباني ذات الإمكانية للوصول .
٣ - عند الساحات الرئيسية وتقاطعات المرور للدلالة على موقع المركز.
٤ - بأماكن مخصصة بالمركز ممكن الوصول اليها وليس فقط على دورات المياه ذات التصميم الخاص .
٥ - صمم نظاماً مترابطاً لترقيم الحجرات يكون سهلاً للفهم لدى المستخدم – ضع في الإعتبار إضافة رقم الطابق لدعم تحديد الموقع في المراكز عديدة الطوابق .
٦ - ينبغي وضع لافتات إرشادية في الأماكن التي يكون عندها تغيير في الإتجاة .
٧ - ضع علامات واضحة لمخارج الطوارئ .





حجم الحروف فى اللافتة

يقترح بصفة عامة أن يبلغ ارتفاع الحروف ١٪ على الأقل من المسافة التي تقرأ عندها اللافتة في العادة ، بارتفاع أدنى مقداره ٢٢مم (جدول ٦)°.

جدول ٧ : حجم الحروف اللافتة حسب المسافة التي تقرأ عندها الرسالة بالمراكز الصحية

مسافة النظر	حجم الحرف
٣-٦م	٤٠مم
٦-٩م	٦٠مم
٩-١٢م	٨٠مم
١٢-١٥م	١٠٠مم
١٥-١٨م	١٢٠مم
١٨-٢٤م	١٦٠مم
٢٤-٣٠م	٢٠٠مم
٣٠-٣٦م	٢٤٠مم
٣٦-٤٨م	٣٢٠مم
٤٨-٦٠م	٤٠٠مم
٦٠-٧٢م	٤٨٠مم
٧٢-٩٠م	٦٠٠مم

تمييز العاملين :

١. ينبغي أن يكون التعرف على العاملين وتمييزهم سهلاً باستخدام شارات الأسماء ولوحات الأسماء.
٢. يجب أن تكون شارات الأسماء مكتوبة بحروف كبيرة على خلفية مغايرة، وأن تحتوي على الاسم والوظيفة.
- يمكن ترميز بطاقات الأسماء بألوان مخصصة مثلا الأزرق للأطباء والأخضر للتمريض.. الخ لكي يتمكن من لا يعرف القراءة من التعرف على فئات العاملين ومهامهم.
- يجب أن تحتوي لوحات الأسماء على أسماء جميع العاملين ووظائفهم بما فيهم موظف الاستقبال المناوبين في ذلك اليوم .

٣. وضع اسم الطبيب/ الممرضة المناوب أن أمكن على باب غرفة الكشف .
٤. على طاقم العاملين أن يبادروا بتقديم أنفسهم إلى المرضى الصم وضعاف النظر والأكفاء ومخاطبتهم بأسمائهم . يجب عليهم دوما تعريف أنفسهم بالاسم والوظيفة وسبب تواجدهم هناك لأن شارات الاسم قد لا تكون مرئية للمرضى المعاقين بصرياً°.





القائمة التذكيرية لتدقيق لافتات مركز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن:

يمكن القيام بهذا التدقيق سنوياً بواسطة أحد أفراد التمريض أو فنيي الصحة المدربين، بهدف وضع خطة لتحسين الأعمال للسنة المقبلة.

إسم مركز الرعاية الصحية :

تاريخ التدقيق :

اسم مدير المركز:

العنوان :

أ - تصميم اللافتات	نعم	لا
هل الحروف والخلفية للافتات مصممة من مادة مطفأة البريق وغير عاكسة؟		
هل الحروف والعلامات مغايرة لخلفياتها – خلفية غامقة مع حروف فاتحة أو العكس؟		
هل العرض المرئي بسيط وسهل الفهم؟ –فقط الكلمات والعبارات الدالة، أشكال بسيطة وخطوط ، والقليل من الكلمات المنتقاة؟		
هل تستخدم الرسومات المعتادة الشائعة في المجتمع لتعزيز التعرف عند من لديهم خلل إدراكي؟		
هل تستخدم الألوان بكثرة لزيادة تأثير الرسومات ولتأكيد النقاط الهامة؟		
عند كتابة اللافتة يدويا هل يستخدم قلما سميكا مشطوف السن بحبر اسود على خلفية ذات لون أبيض أو شبه ابيض أو أصفر باهت؟ هل يستخدم زجاج غير ساطع للافتات المركبة خلف زجاج؟ هل تستخدم علامات «برايل» المتوافقة مع النظم المحلية؟ هل لهجة الرسالة التي تتضمنها اللافتة- ترحيبية وودية؟		
ب - موضع اللافتات		
هل اللافتة على مستوى النظر وبأحرف كبيرة؟ هل هناك لافتات خارج المباني لتمييز المباني ذات الإمكانية للوصول؟ هل هناك لافتات عند الساحات الرئيسية وتقاطعات المرور للدلالة على موقع المركز؟ هل هناك لافتات في أماكن مخصصة داخل المبنى يمكن للمسن الوصول إليها وليس فقط على دورات المياه ذات التصميم الخاص؟ هل هناك نظام مترابط لترقيم الحجرات يكون سهلا للفهم لدى المستخدم – مع إضافة رقم الطابق لدعم تحديد الموقع في المراكز عديدة الطوابق؟ هل هناك لافتات إرشادية في الأماكن التي يكون عندها تغيير في الاتجاه؟ هل هناك علامات واضحة لمخارج الطوارئ؟		
جـ - حجم الحروف في اللافتات		
هل تتطابق أحجام حروف اللافتات مع المواصفات في جدول (٦)؟		





د - تمييز العاملين

هل يمكن التعرف على العاملين وتمييزهم سهلا باستخدام شارات الأسماء ولوحات الأسماء؟*		
هل توجد لوحة أسماء تحتوي على أسماء جميع العاملين ووظائفهم – بما فيهم موظف الاستقبال - المناوبين في ذلك اليوم؟**		
هل يبادر طاقم العاملين بتقديم أنفسهم إلى المرضى الصم وضعاف النظر والأكفاء ومخاطبتهم بأسمائهم .هل يقومون دوما بتعريف أنفسهم بالاسم والوظيفة وسبب تواجدهم هناك لأن شارات الاسم قد لا تكون مرئية للمرضى المعاقين بصريا؟		

ملاحظات/اقتراحات:

اسم وتوقيع رئيس الفريق ______________________________

* يجب أن تكون شارات الأسماء مكتوبة بحروف كبيرة على خلفية مغايرة، وأن تحتوي على الاسم والوظيفة. ويمكن ترميز بطاقات الأسماء بألوان مخصصة – مثلا الأزرق للأطباء والأخضر للتمريض..الخ لكي يتمكن من لا يعرف القراءة من التعرف على فئات العاملين ومهامهم.

* وضع اسم الطبيب/الممرضة المناوب أن أمكن على باب غرفة الكشف.

دور الرعاية الصحية الأولية في صحة المسنين :

Role of the PHC in older people›s health

تشيخ العالم وزيادة التعمير هو نجاح وانجاز للصحة العامة[٤] ولكن فجوة الخمسين عام (١٩٥٠-٢٠٠٠م) في عملية التشيخ في كل من الدول المتقدمة والدول النامية يعني انه بالرغم من أن ظاهرة التشيخ عالمية فان الظروف التي مرت بها تلك الدول أثناء تشيخها تختلف[٦]. لقد استهل ظهور عملية تشيخ السكان في الدول المتقدمة في أواسط الخمسينات وحديثاً أصبحت ميزة في الدول النامية والتي بدأ التشيخ عندها بعد الدول المتقدمة كما أنه من المتوقع أن يستمر وبمعدل أسرع من التطور الاجتماعي والاقتصادي في تلك الدول[٤]. لذا الدول الصناعية أصبحت غنية بينما هي تشيخ ولكن الدول النامية ستشيخ قبل أن تصبح غنية.

وكلما تقدم العمر زاد خطر الإصابة بالأمراض المزمنة والإعاقة. وكبار السن الذين لديهم إعاقة، مثلاً الجد الذي يعاني من جلطة نتيجة عدم التحكم بضغط الدم المرتفع، سيحتاج إلى مساعدة لأداء المهام اليومية. وهذه المساعدة في الغالب تُقدم من قبل العوائل المضغوطة بالوقت والمادة. ولكي يتم الاستعداد لنمو السكان الغير مسبوق الآن فانه ضروري جداً أن يستعد النظام الصحي لمواجهة عواقب التغير الديموغرافي. فمثلاً مرض ارتفاع ضغط الدم هو مرض مزمن ممكن تدبره والتحكم به. إن التعامل مع العبء المتزايد للأمراض المزمنة يحتاج إلى فرص لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض في المجتمع بالإضافة إلى تدبر المرض ضمن خدمات الرعاية الصحية. ويمكن الوقاية من ومنع العديد من الأمراض المزمنة والإعاقات المصاحبة لها والتي تُصيب الجزء الأخير من الحياة الممتدة للأشخاص والتكاليف الاقتصادية والإنسانية المصاحبة لها. إلا أن الوقاية تحتاج الوصول للشخص قبل حدوث المرض مما يعني التدخل بمراحل مبكرة من الحياة أي إتباع نهج عبر مساق الحياة (Life course approach) من أجل تشيخ صحي ونشط لتحسين نوعية الحياة مع تقدم العمر. إن مراكز الرعاية الصحية الأولية تؤدي دوراً حيوياً وهاماً في صحة كبار السن عالمياً ومحلياً وذلك كما يلي:

١. إن معظم الرعاية الصحية الوقائية والفرز للاكتشاف والتدبر المبكر للأمراض يتم في محيط الرعاية الصحية الأولية بمستوى المجتمع (Most preventive health care and screening for early disease detection and management takes place at PHC setting at the community level).
٢. يراجع كبار السن مراكز الرعاية الصحية الأولية بدون أحالة(Self refer)
٣. توفر معظم التدبر والرعاية المستمر (The bulk of ongoing management and care)
٤. (٨٠٪) من الخدمات الصحية المبكرة (Front-line health care) يُقدم بمستوى المجتمع حيث تشكل مراكز الرعاية الصحية الأولية العمود الفقري لنظام الرعاية الصحية. وبالفعل يُمثل كبار السن الحصة العظمى من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية وكلما شاخ السكان وأرتفع معدل الأمراض المزمنة فإن هذه النسبة ستزيد. وهذه المراكز هي الخط الأمامي للرعاية الصحية لذا فهي مألوفة لدى

كبار السن وعوائلهم وموقعها مثالي لتقديم خدمات صحية منتظمة وممتدة ومستمرة والتي يحتاجها كبار السن لمنع أو تأخير الإعاقات الناتجة من مشاكل صحية مزمنة [٤].

الصعوبات التي يواجهها المسنين فى الرعاية الصحية الأولية

بالرغم من الدورالحيوي لمراكز الرعاية الصحية الأولية في صحة ورفاه المسنين فأن المسنين يعانون من عدة صعوبات لتلقي الرعاية بها تشمل ما يلي:-

١. قد لا تتوفرالمواصلات للمسنين أو تكون باهظة الثمن،
٢. قد يضطرالمسنين الوصول للمركز بالصباح الباكر فقط لينتظروا في خط طويل و محيط غير مريح ليحصلوا على رقم ليراهم الطبيب أو العاملين بالمركز الصحي.
٣. قد يواجه المسنين صعوبة بتعبئة النماذج وقد يكون الموظفين المضغوطين بالعمل غير صبورين معهم.
٤. بعد الانتظار لساعات قد يحصل المسنين على بضع دقائق فقط مع مقدم الخدمة الصحية والذي لا يتوفر لديه الوقت ليصغي لهمومهم ويضيع إشارات تنبيهيه مهمة Misses critical warning signs.
٥. قد لا يكون مقدمي الخدمة مدربين على رعايةصحة المسنين والتوصل إلى التشخيص السليم ووصف العلاج المناسب أو قد لا يفهموا لماذا تؤخذ هذه العلاجات أو ما الأعراض الجانبية التي يجب التبليغ عنها. وهذا قد يُثبط همة المسنين في التماس أو الاستمرار في العلاج مع احتمال حدوث عواقب صحية وخيمة[٤].

تقييم المسنين فى الرعاية الصحية الأولية

يشكل المسنين الى حد ما تحد للأطباء العموميين حيث كثيراً ما يكون لديهم أمراض متعددة مصحوبة بإعاقة واعتماداٍ على الآخرين. لذا فان تقييم المشاكل الصحية لوحدها وبدون الأخذ بعين الاعتبار القدرات الوظيفية وأثر الظروف الاجتماعية والمعيشية والبيئية قد يسفر بنتائج دون المستوى. والتقييم الصحي للمسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية والمنشئات الصحية الأخرى يجب أن يتبع نهج منظم لتقييم صحة المسنين. إن تقييم صحة المسنين هو تقييم متعدد الأبعاد والتخصصات يهدف لتقييم قدرة المسن الوظيفية والصحة البدنية والإدراك والصحة العقلية والظروف الأجتماعية والبيئية.وهو يشمل مراجعة شاملة للوصفات الطبية بوصفة وبدون وصفة والفيتامينات والمنتجات العشبية بالإضافة إلى مراجعة التطعيمات. ويساعد هذا التقييم في تشخيص الحالات الطبية وإنشاء خطة العلاج والمتابعة والتنسيق لتدبر الرعاية وتقييم احتياجات الرعاية على المدى الطويل والوضع الأمثل. يختلف تقييم المسنين عن أي تقييم طبي نموذجي بأنه يتضمن مجالات غير طبية من خلال التأكد من القدرة الوظيفية ونوعية الحياة، وكذلك في كثير من الأحيان، من خلال دمج فريق متعدد التخصصات بما في ذلك الطبيب، وأخصائي الخدمة الاجتماعية والتغذيةوالعلاج الطبيعي والمهني.والعائد من هذا النوع من التقييم هو قائمة متكاملة ومختصة كثيراً للمشاكل الطبية والمشاكل الوظيفية والقضايا النفسية. وبسبب مطالبة وضغوط الممارسة الإكلينيكية المشغولة فإن أغلب تقييم المسنين يميل لأن يكون أقل شمولا وموجه أكثر للمشكلة . (Less comprehensive and more problem-

(directed). ويجب الأخذ بعين الإعتبار استخدام تقييم «مستمر» في عدة زيارات (The use of a "rolling" assessment over several visits) للمرضى كبار السن الذين يعانون من العديد من المخاوف. يستهدف التقييم المستمر (Rolling assessment) ما لا يقل عن مجال واحد للفحص في كل زيارة إكلينيكية. وسائل تقييم تُعبا من قبل المريض (Patient driven assessment instruments) أيضا شعبية. جعل المرضى يكملون تعبئة استبيانات وأداء مهام محددة ليس فقط يوفر الوقت بل أيضاً يوفر تبصر مفيد للدوافع وقدرة الإدراك لديهم[١٥].

أدوات تقييم المسنين Geriatric Assessment Tools :

إن أدوات تقييم المسنين جزء من العناية الطبية وهي عبارة عن وسائل معيارية (Standardized means) تُمكن الأطباء من التقييم بكفاءة للوضع الحالي لوظيفة وإدراك وسلامة المسن[١٨].

وهناك عدة ادوات لتقييم المسنين تشمل على سبيل المثال ما يلي[٨،١٥،١٧]:

- تقييم الحالة العقلية (الخرف والهذيان –Dementia and Delirium)
- الإكتئاب Depression
- التقييم الوظيفي للنشاط اليومي Functional assessment/ADLs
- المشي وعدم الحركة / خطر السقوط Gait and immobility / Falls risk
- التغذية / فقد الوزن Nutrition/ Weight loss
- صحة الفم Oral health
- الألم Pain
- قرحة الفراش Pressure ulcer
- تقييم الحس Sensory perception
- سلس البول Urine incontenance

ارشادات منظمة الصحة العالمية لرعاية المسنين فى الرعاية الصحية الأولية
WHO guidelines for elderly care at PHC

نحو رعاية صحية أولية المراعية للسن Towards Age-friendly PHC

تشيخ العالم والتعمير نصر للمجتمع و تحدٍ كبير للنظام الصحي يحتاج أن يستعد لمقابلة احتياجات المسنين الصحية[٣]. لقد ميزت منظمة الصحة العالمية الدور الحاسم لمراكز الرعاية الصحية الأولية في صحة المسنين بجميع البلدان وحاجة هذه المراكز لتكون في المتناول وتلبي احتياجات المسنين. لذا يجب أن يكون كل العاملين بالرعاية الصحية الأولية ماهرين في تشخيص ومعالجة الأمراض المزمنة وعمالقة الشيخوخة الشائعة وتسمى « عمالقة الشيخوخة الأربعة» وتشمل:-

١- فقدان الذاكرة Memory loss
٢- سلس البول Urinary incontinence
٣- الاكتئاب Depression
٤- السقوط/ عدم الحركة Falls/ immobility[٥] .





تعزيز الصحة المراعية للسن Age-friendly health promotion

تتضمن توجيهات خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة التي اعتمدتها الجمعية العالمية للشيخوخة في أبريل ٢٠٠٢م تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض طوال فترات الحياة ووضع سياسات لوقاية كبار السن من الإعتلال من خلال وضع تدابير للتدخل المبكر للوقاية من المرض والعجز أو تأخيره والكشف عن الأمراض العقلية لدى كبار السن ومعالجتها في حينها[٣]. إن الوقاية من الأمراض تحتاج الوصول للأشخاص قبل حدوث المرض ومعظم الرعاية الصحية الوقائية للأمراض يتم في مراكز الرعاية الصحية الأولية ضمن النظام الصحي حيث تؤدي هذه المراكز دور حيوي وهام في صحة كبار السن على مستوى العالم وعلى المستوى المحلي[٤]. أرشدت منظمة الصحة العالمية لتدخلات تعزيز صحة المسنين (جدول٩) والتي تتبع نهج التركيز على توجيه الرعاية الصحية للمسنين من أسلوب التركيز على المرض إلى الأسلوب الوقائي. واستخدمت المنظمة مصطلح «الخدمات الوقائية الصديقة للمسنين» لنشر ثقافة المراكز الصحية المراعية للسن كوسيلة لتغير سلوك تعامل العاملين بالمراكز الصحية مع المسنين وتغير نظرتهم لهم وجعلها أكثر ايجابية ومحبه لتصبح «مراكزمراعية للسن». وتدخلات تعزيز صحة كبار السن تختلف عن تلك للأصغر سناً فيتم التركيز على خفض معدل الوفيات والإعاقة المرتبطة بالتقدم بالعمر والتأثير التراكمي للمراضة المرافقة للأمراض (Cumulative disease co-morbidities). ويهدف أسلوب تعزيز«المراكز الصحية المراعي للسن» تعليم العاملين الصحيين مقدمي خدمة رعاية المسنين بالمراكز الصحية النهج والأدوات الضرورية لتقديم خدمات وقائية مثل تقديم جلسة مختصرة عن «مشورة السلوك» (Brief behavioral counseling) والتي تستهدف ثلاث عوامل خطورة شائعة ومشتركة لمعظم المشاكل الصحية لكبار السن وهي التدخين(Smoking) وقلة النشاط البدني(Physical inactivity) والغذاء الغير صحي (Unhealthy diet) [٥].

المكونات الجوهرية للتقييم الإكلينيكي للمسنين والتدبر الإكلينيكي الأساسي
Core competencies of geriatric clinical assessment and key clinical management

يعاني كبار السن أحياناً من مشاكل صحية وظروف اجتماعية معقدة وقد يتقدم المسنين بشكوى غامضة مثل «دوخه». وانه من الصعوبة تشخيص وعلاج هذه الأعراض المتداخلة خلال الوقت المحدود المتيسر لمعظم المراكز الصحية الأولية. ومعظم المشاكل الصحية للمسنين مزمنة ويجب فرزها واكتشافها وتدبرها مبكراً لمنع المضاعفات والإعاقات التي يمكن تجنبها مثل «بتر القدم نتيجة للسكري». وحيث انه غير ممكن ضم كل وسائل التقييم والعلاج في الرعاية الصحية الأولية لذا فقد ركزت منظمة الصحة العالمية على إستراتيجية التقييم والتدبر الأساسي لعمالقة الشيخوخة الأربعة بالإضافة إلى تشخيص وعلاج ارتفاع ضغط الدم والسكري لكونهما المرضين المزمنين المسببين لجزء كبير من الأمراض والإعاقات[٤٦].

Health promotion interventions for elderly جدول ٨ : تدخلات تعزيز صحة المسنين*

	Health promotion intervention	Years of age 50	55	60	65	70	75	
Screening	Blood pressure, height & weight	Every visit						Upper age limit should be individualized for each patient
	Obesity	Periodically						
	Cholesterol	Every year						
	Pap smear	Every 1 to 3 years						
	Mammography	Every 1 to 2 years						
	Colorectal cancer	Depends on tests						
	Osteoporosis			Routinely				
	Alcohol use	Every visit						
	Vision, hearing			Every 1 to 2 years				
Immunization & Chemoprevention	Tetanus-diphtheria (Td)	Every 10 years						
	Pneumococcal				One dose			
	Influenza	Yearly						
	Assess cardiovascular disease risk and discuss aspirin to prevent CVD events	Periodically						
Counseling	Calcium intake	Women: periodically						
	Tobacco cessation, nutrition, physical activity, drug and alcohol use, STDs and HIV,sun exposure, oral health, injury prevention, and poly-pharmacy	Periodically						

See www.preventiveservices.ahrg.gov for U.S. preventive Task Force recommendations on colorectal* screening and other clinical preventive services. ** CVD= Cardiovascular disease

الكفاءات الأساسية الهامة لمقدمي الرعاية الصحية للمسنين

The critical core competencies for PHC providers working with older people

١ - مهارات التواصل مع المسنين Communication skills with the elderly

١. إتقان السلوكيات الضرورية للتواصل الفعال مع المسنين والمهارة في تطبيقها، مثل الترحيب بالمسن عند دخوله العيادة وفن الإصغاء إليه وفسح المجال له ليتحدث عن مشاكله الصحية والاجتماعية دون مقاطعة سريعة والتفاعل الايجابي لاحتياجاته وإظهار الود والإحترام والتفهم والتعاطف أثناء التعامل معه وإعداد بيئة عيادة مناسبة وفيها خصوصية ...الخ.

٢. تشجيع المسنين للمشاركة في اتخاذ القرارات.

٣. تحديد عوائق فهم المسنين للتعليمات والإرشادات الإكلينيكية.

٤. تزويد المسنين بمعلومات عن تعزيز وحماية الصحة ومنع الإصابة بالأمراض.

٥. شمل أعضاء الأسرة والراعي للمسن في نشاطات التعليم والتثقيف.

٢ - المعرفة Knowledge

١ - معرفة وفهم التغيرات المصاحبة للشيخوخة في الذكور والإناث واثر ذلك على الرعاية الصحية.

٢ - فهم وإدراك التغيرات في الحواس المصاحبة للتشيخ والهرم.

٣ - معرفة وفهم الصور الإكلينيكية المختلفة للأمراض وتكون شائعة بين المسنين.

٣ - تقييم الحالة الصحية Assessment of health status

١ - القدرة على تقييم العلاقة بين المرض الحاد والأمراض المزمنة المعروفة لكبار السن.

٢ - تقييم الصحة/المرض باتخاذ تاريخ مرضي كامل.

٣ - فحص جسدي شامل مع الأخذ بالاعتبار التغيرات المصاحبة للتشيخ.

٤ - تقييم مكثف للوظائف تشمل الحالة العقلية والغذائية والمساندة الاجتماعية.

٥ - تقييم المهام والضغوط على الراعي للمسن بالمنزل.

٤ - التشخيص والعلاج Diagnosis and treatment

١ - تمييز الحالات الشائعة التي تحدث مع التقدم بالسن.

٢ - فرز باستخدام الأدوات والوسائل المناسبة للمسنين.

٣ - وضع خطة للتداخلات مناسبة ومبنية على نتائج التقييم والفرز.

٤ - فهم استخدام الدواء المناسب للمسنين شاملاً الالتزام بأخذ الدواء.

٥ - وضع خطة علاج للمسن ليستعيد ويحافظ على أفضل مستوى وظيفي وحركي.

٦ - تنسيق الرعاية مع الجهات الصحية والاجتماعية المهتمة برعاية المسنين[٤٦].

نهج منظمة الصحة العالمية فى تدبر عمالقة الشيخوخة الأربعة بالرعاية الصحية الاولية:

WHO guidelines for management approaches for the four geriatric giants

- ان النهج الإكلينيكي المنظم وسيلة فعالة لتحديد وتقييم وتدبر رعاية المسنين.كما أن النهج الإكلينكي لتدبر عمالقة الشيخوخة الأربعة هو تدفق تدريجي من الفرز الشامل – ١٠ دقائق مروراً بتحديد المشاكل الصحية والتقييم والتدبر والمتابعة.

- يتم فرز المسنين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية بواسطة ممرض متدرب (الخطوة الأولى)
- إذا كان الفرز إيجابي لأي من عمالقة الشيخوخة الأربعة سيتم إتباع الخطوات ٢و٣ و٤ كما سيتم توضيحها في الفقرة التالية.
- إذا تم اكتشاف مشكلة في التغذية أو في السمع أو البصر يجب إحالة المسن للطبيب للتدبر المناسب للمشكلة

لذا فإن النهج الإكلينيكي المنظم يشمل الخطوات الأربعة التالية:

الخطوة الأولى: الفرز الشامل لمدة ١٠ دقائق 10 - minute comprehensive screening

الخطوة الثانية: تقييم عمالقة الشيخوخة Geriatric giants assessment

الخطوة الثالثة: التشخيص والعلاج والتثقيف Diagnosis، treatment and education

الخطوة الرابعة: المتابعة Follow-up

وقد تم تبني نهج منظمة الصحة العالمية في تدبر عمالقة الشيخوخةالأربعة بالرعاية الصحية الأوليةضمن النهج والبروتوكول الوطني لتدبر المسنين في الرعاية الصحية الأولية كما تم تفصيله في الفصل الأول وتم توضويحها في (شكل٦)°.





الفصل الثالث

الرعاية الصحية للمسنين Health Care For Elderly

يجب أن يُنظر للرعاية الصحية للمسنين من عدة زوايا مثل الرعاية المؤسسية قصيرة الأمد والرعاية المؤسسية المديدة والرعاية المنزلية والرعاية الجوالة[١٠].

تحديات تشيخ سكان العالم Challenges of population ageing worldwide

إن تشيخ السكان في جميع أنحاء العالم أستحدث تحديات بالنسبة للبلدان المتقدمة والنامية تشمل :

١. زيادة الطلب على الرعاية الصحية .
٢. زيادة الحاجة إلى تدريب القوى العاملة الصحية في علم الشيخوخة .
٣. زيادة الطلب على الرعاية الطويلة الأجل ، ولا سيما في التعامل مع الخرف .
٤. الضغوط على نظم المعاشات التقاعدية والضمان الاجتماعي .
٥. رفع التمييز ضد كبار السن الذي يحرم كبار السن من الحقوق والفرص المتاحة لغيرهم من البالغين[٣١].

التصدي لهذه التحديات Measures to counteract these

لقد أرشدت منظمة الصحة العالمية إلى عدة تدابير للتصدي لهذه التحديات من خلال تنفيذ ما يلي :-

١. توفر سبل الحصول على الرعاية الصحية الفعالة
(Availability and accessibility of effective health care):

وذلك بتقديم رعاية متكاملة وشاملة ومستمرة وطويلة الأجل لكبار السن. وهذه الرعاية تدعم المسنين في مكان تشيخيهم وتوفر الرعاية المؤسسية لذوي الإعاقات الشديدة. إن الرعاية الصحية الأولية الأساسية بما في ذلك الكشف المبكر والتدبر للحالات الشائعة مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري يُمكن كبار السن من الحفاظ على الصحة والقدرة على العيش بصورة مستقلة.

٢. إنشاء البيئات المراعية للسن (Developing age-friendly environments):

إن البيئة التي يعيش فيها كبار السن هي العامل الرئيسي لأي مستوى من الإعاقة الجسدية التي تحدد القدرة على التحرك. ومنظمة الصحة العالمية بدأت مؤخراً برنامجاً يهدف إلى تعزيز البيئات «المراعية للسن» التي تشجع الشيخوخة النشطة عن طريق الاستفادة المُثلى من الفرص المتاحة في مجال الصحة والمشاركة والأمن من أجل تحسين نوعية الحياة للأشخاص أثناء تقدمهم في السن. وجوهر البرنامج هو الشبكة العالمية للمدن المراعية للسن.

٣. الحفاظ على الأنماط الاجتماعية التي تؤثر على رفاه كبار السن
(Maintaining social patterns that influence the well-being of the elderly):

إن العديد من الأنماط الاجتماعية المتغيرة تؤثر على سلوكيات ورفاه كبار السن. فقد كان أحد الإتجاهات الشائعة خلال التنمية الا قتصادية هو التحول من الأسُر الممتدة إلى الأسر النووية التي تضم جيل واحد أو أكثر. فمثلاً في اليابان فإن نسبة السكان الذين يعيشون في أسرة تضم ثلاثة أجيال قد انخفض من (٤٦٪) إلى (٢٠,٥ ٪) بين عامي ١٩٨٥م و٢٠٠٦م على التوالي، وتوجد هذه الأنماط بعض التحديات للمسنين حيث يزيد خطر الفقر في سن الشيخوخةمع انخفاض حجم الأسرة ولدى كبار السن الذين يعيشون وحدهم.

٤. التأكد أن المسنين لديهم المستوى الأساسي للأمن المالي

:(Ensuring that older population have a basic level of financial security)

إن الوسيلة الفعالة لمساعدة كبار السن الضعفاء على تجنب الفقر هي المعاشات التقاعديةفهو يوفر لهم الدعم الأساسي. وتشير التقديرات إلى أن إلغاء الفقر المدقع في سن الشيخوخة من خلال توفير تمويل شامل ما يعادل معاش تقاعدي أساسي بقيمة دولار واحد في اليوم لجميع الأشخاص فوق سن ٦٠ سيكلف أقل من النسبة المئوية للناتج الوطني الصافي (Gross domestic product) لمعظم البلدان النامية[٣١].

نهج الوصول إلى المريض المسن Approach to the geriatric patient

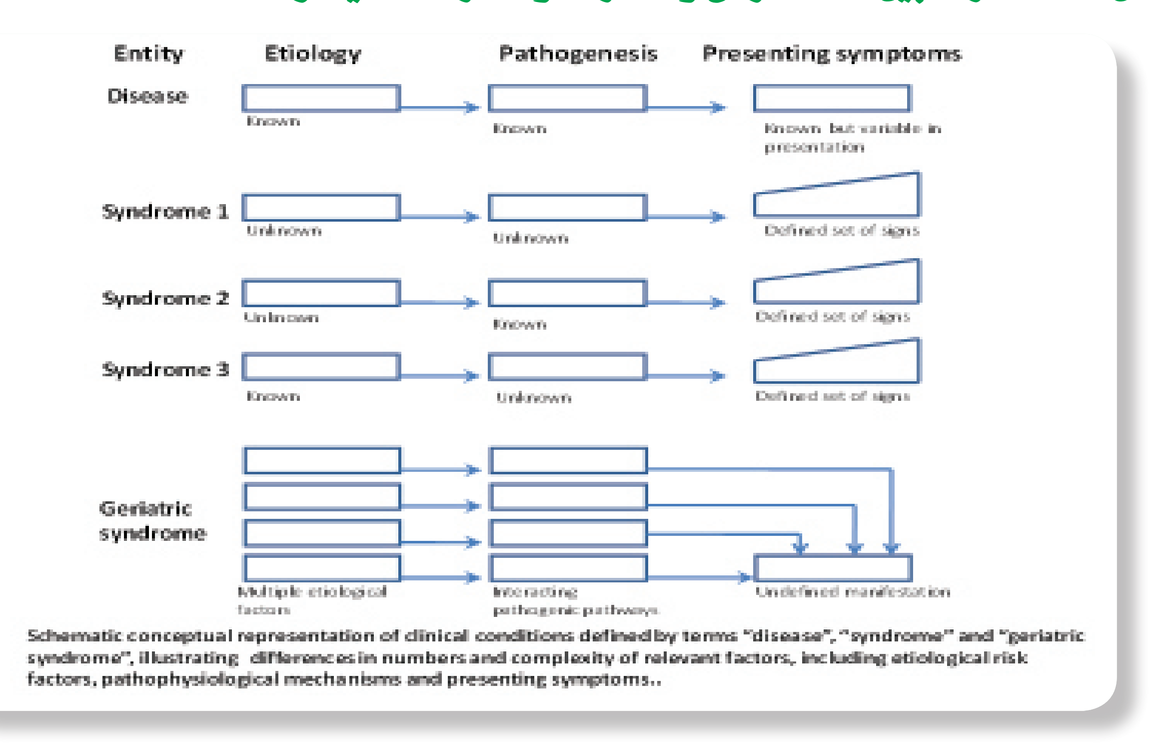
معنى المصطلحات «مرض» و «متلازمة» و «متلازمة الشيخوخة»
«Disease», «Syndrome» and «Geriatrics syndrome»

إن تحديد مدى ونوع الخدمات الصحية اللازمة لرعاية صحةالمسنين يحتاج أولاً إلى التعرف على طبيعة المشاكل الصحية لدى المسنين. إن طبيعة المشاكل الصحية في مرحلة الشيخوخة تختلف عن تلك في مرحلة الطفولة والشباب. ويمكن وصف المشاكل الصحية بعدة مصطلحات فهي إما تكون «مرض» (Disease) أو «متلازمة» (Syndrome) أو «متلازمة الشيخوخة» (Geriatric syndrome).

إن المصطلح مرض عادةً يرمز إلى مشكلة صحية لها مسبب (Etiology) واحد معروف وطريقة نشوء (Pathogenesis)واحدة معروفة والأعراض التي يتقدم بها المريض (Presenting symptoms) هي أيضاً معروفة ولكن لها صور إكلينيكية متعددة. أما المصطلح «متلازمة» فهو يرمز لمشكلة صحية لها مجموعة أعراض وعلامات إكلينيكية محددة ولها مسبب واحد وطريقة نشوء واحدة إلا أنهما غير معروفين. وهذا ما يحدث في مرحلة الطفولة والشباب لذا فأن المشاكل الصحية في هاتين المرحلتين توصف بأنها «مرض» أو «متلازمة».

أما المصطلح «متلازمة الشيخوخة» فهو يرمز لحالة صحية ناتجة من عدة مسببات بسبب تراكم تأثير تلف عدة أجهزة. فالمصطلح «متلازمة الشيخوخة» يعني مسببات متعددة لمشكلة صحية تظهر بصورة موحدة (شكل١٥)، لذا فهو يستخدم لوصف الحالات الإكلينيكية لكبار السن والتي لا تتناسب لتكون فئة مرض منفصلة. إن العديد من الحالات الشائعة والتي يعالجها أخصائي أمراض الشيخوخة (Geriatricians) بما في ذلك الهذيان وحالات السقوط والضعف والدوار الإغماء، وسلس البول تُصنف بأنها «متلازمات الشيخوخة»[٣٤].

شكل ١٥: مقارنة بين نشأة المرض والمتلازمة ومتلازمة الشيخوخة[٣٤]



Schematic conceptual representation of clinical conditions defined by terms "disease", "syndrome" and "geriatric syndrome", illustrating differences in numbers and complexity of relevant factors, including etiological risk factors, pathophysiological mechanisms and presenting symptoms..

وبالرغم من أن متلازمات الشيخوخة غير متجانسة إلا إنها لها العديد من القواسم المشتركة فهي كثيرة الانتشار في كبار السن خاصة الضعفاء منهم ولها تأثير أساسي على نوعية الحياة والعجز. إن العديد من العوامل الكامنة في العديد من أجهزة الجسم تساهم في تحديد متلازمات الشيخوخة.

وفي كثير من الأحيان فأن الشكوى الرئيسة لا تمثل الحالة المرضية المحددة الكامنة التي تسبق تغيير الوضع الصحي. ففي بعض الحالات فإن أعراض واضحة وبعيدة ممكن أن تتسبب بشكوى المسن ويصاحب ذلك قطع الصلة بين موقع الأذى الفسيولوجي والأعراض الإكلينيكية الناتجة. فمثلاً عندما يسبب التهاب المسالك البولية «هذيان» فإن التغيير في الوظيفة العصبية الذي يظهر بصورة تغير في الإدراك والسلوك هو الذي يتيح الفرصة لتشخيص الهذيان ويحدد نتائج وظيفية كثيرة. وحدوث هذه المتلازمات يتحدى الطرق التقليدية للنظر إلى الرعاية الطبية والأبحاث. إن متلازمات الشيخوخة لها بعض الاعتبارات الإكلينيكية الخاصة والتي تشمل:-

أولا: غالباً ما يتورط في أي متلازمة شيخوخة العديد من عوامل الخطر والعديد من أعضاء أجهزة الجسم.

ثانياً: يمكن أن تكون إستراتيجيات التشخيص لتحديد أسباب المتلازمة احياناً غير فعالة ومرهقة وخطيرة ومكلفة.

ثالثاً: يمكن أن يساعد التدبير العلاجي للظواهر الإكلينيكية وذلك حتى في حالة عدم وجود تشخيص حازم أو توضيح بيّن للأسباب الكامنة[٣٤].

سياق رعاية صحة المسنين Context of geriatrics care

بما أن تقييم المسنين له أهمية قصوى في الكشف عن العجز لذا يجب النظر له بنظرة أكثر





شمولية. ففي مجتمع الدول الصناعية فإن دور المسنين يكون محدداً بشكل أقل وضوحاً من دورهم في مجتمع الدول الأخرى. فكبار السن في مجتمع الدول الغير صناعية كثيراً ما يكون لديهم ثروة وسلطة ينقلونها إلى أعضاء العائلة الأصغر سنا في الوقت المناسب. وكثيراً ما يستفاد من المسنين الذين لديهم خبرة في الشعائر الدينية وفي تاريخ العوائل وتسوية الخلافات مع الأجداد. وبالإضافة إلى ذلك فقد يكون المسنين قد قدموا بعض الخدمات للمجتمع مثل العمل كمدرسين وقضاة أوخبراء في تربية الأطفال. وحتى في المجتمع التكنولوجي فإن كبار السن يشكلون مورداً قيماً. وعلى النقيض من الصور النمطية فالمسنين يساهمون كثيرا كمساعدين غير رسمين وعمال متطوعين بدون أجر مدفوع. وعندما يتم ضم جميع أشكال النشاط الإنتاجي يتضح ضخامة وسخاء مقدار العمل الذي يقوم به كبار السن من الرجال والنساء. ومن دون التعرض لكبار السن المنتجين فأن الشباب (بما في ذلك متوسطي العمر) يفقدون إحساسهم بالتاريخ وتصبح عملية الشيخوخة شيء يُخشى منه وموضوع محظور وذلك لأن قيم المجتمع تخصص أهتماماً كبيراً بالشباب. وينظر إلى التقدم بالسن كشيء يُخجل منه وكأن الكبر بالسن يعني الإعتقاد بأنه ذبول وضعف وتدهور. ولكن في المقابل يؤدي كبار السن دور إنمأي وتطويري مهم. إن الأشخاص الذين يشيخون بنجاح (Successfully ageing) بشكل ملحوظ قد أظهروا مرونة كبيرة في التكيف مع التقدم بالعمر. ومن بين المهام الرئيسية التنموية والتكيفية لكبار السن هو التعامل مع الخسارة بسبب الموت أو نقل الأسرة والأصدقاء والتكيف مع التغيرات في ترتيبات المعيشة والتقاعد وتدبر الانخفاض في الدخل وتغير الأدوار الإجتماعية وزيادة وقت الفراغ والتغير في الوظائف البدنية وأخيرا تقبل حتمية الموت.

إن «التشيخ الناجح» يحدث على مدى عدة أبعاد (Multiple dimensions) تشمل الحفاظ على المشاركة النشطة في الحياة وتحقيق الشعور بالرفاه النفسي. وأحد نماذج «التشيخ الناجح» يتألف من «التحسين الانتقائي مع التعويض» (Selective optimization with compensation) فلفظ «التحسين» (Optimization) يشير إلى تعزيز سلوكيات مختارة إلى أقصى حد ممكن من خلال الممارسة والتلاؤم مع الظروف كما يناسب قدرة المسن. ولفظ «الانتقائي» (Selection) يشير إلى إعطاء الأولوية لأنشطة المسن الأهم أو الأمتع بالنسبة له والتكيف مع التوقعات أما لفظ « التعويض» (Compensation) فإنه يشير إلى استخدام الإستراتيجيات التي تعوض عن الخسائر المتعلقة بالشيخوخة[٣٥].

وكما ذكر أعلاه (في الفصل الأول) فإن محور تدبر كبار السن هو التركيز على المحافظة على القدرة الوظيفية للمسن وليس على الشفاء (Focus on function rather than cure)[١٤،٣٥].

تقييم متعدد الأبعاد للمسنين Multidimensional assessment

قد تكون رعاية المرضى المسنين مهمة صعبة بالنسبة للأطباء. وعادة ما تستدعي الضرورة أن يساعد الطبيب المرضى المسنين وعوائلهم باتخاذ قرارات قد يكون لها تأثير مباشر على نوعية الحياة، فإحداث أي تغير ولو كان طفيفاً في قدرة المسن على أداء الأنشطة اليومية أو بقدرة مقدم الرعاية (Caregiver) لتقديم الدعم للمسن سيكون له تأثير على قرارات مصيرية في حياتهم. إن المسنين عرضة للمشاكل القابلة للانتكاس (Reversible problems) والتي تسهم بالعجز، ولكن حتى التحسن الطفيف في الوضع الوظيفي ممكن أن يكون له آثار إيجابية كبيرة. لذا فأن رعاية صحة المسنين تتطلب أن يقيم الطبيب




الجوانب الوظيفية والاجتماعية وجوانب أخرى لحالة المريض إضافةً إلى التركيز على المسائل الطبية المعتادة.

إن مجالات التقييم متعدد الأبعاد مثل الصحة النفسية والصحة البدنية والأداء الوظيفي والحالة الاجتماعية هيأت مجال طب الشيخوخة أن يكون مجالاً مستقلاً عن مجالات الطب الأخرى.

ومما هو معروف فان لدى طبيب الرعاية الصحية الأولية وقت محدود مع المريض ولكن يُتأمل أن تصبح أدوات التقييم المفيدة في الممارسة اليومية جزءاً من الرعاية الروتينية وأساساً في حفظ الوقت. ويمكن للأطباء المزاولين للمهنة وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية أن يستخدموا خبرة المجتمع وأدوات العيادة المعيارية (Standardized instruments) مثل فحص الإدراك المختصر Mini- Cog™ [٣٦،١٠،١٨، ٣٧، ٥٥، ٦٠] وتقييم الاستقلالية في أداء الأنشطة اليومية الأساسية (Basic activities of daily living - ADLs) وتقييم الاستخدام اليومي للآلات (Instrumental Activities of Daily Living - IADL) وتُدمج هذه الأدوات في تقييم المسنين بالعيادة[٦ ، ٣٥]. ويمكن استخدام العديد من الإستراتيجيات لضم جوانب تقييم الشيخوخة ضمن رعايةصحة المسنين بالرغم من معوقات الوقت والتعويض التي تواجه طبيب الرعاية الأولية وغيره ممن يقدم رعاية صحة المسنين، وفي الوقت نفسه فأن العاملين بمجال الرعاية الصحية الذين يعملون بشكل فردي يمكنهم التوصل إلى توصيات كفريق متعدد التخصصات مستهدفين المشاكل الخاصة للتدخل والتدبير. وقد بلغ تقييم الشيخوخة مرحلة من التطور حيث أصبح إدماجها في ممارسات الأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين عملياً. إن استخدام التقييم المحوسب سيسهل دمج مكونات تقييم المسنين في إعداد الرعاية[٣٥]. ويشمل التقييم متعدد الأبعاد للمسنين ما يلي:

١ - تقييم الحالة العقلية Mental Status Assessment
٢ - التقييم الوظيفي بما في ذلك القيادة Functional Assessment Including Driving
٣ - التقييم الاجتماعي Social Assessment
٤ - الفحص البدني Physical Examination
٥ - تقييم الألم Pain Assessment
٦ - تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض[٣٥] Health Promotion and Disease Prevention

تقييم المرضى المسنين Evaluation of the Elderly Patient

إن تقييم المسنين يختلف عادة عن التقييم الطبي المعتاد. قد يكون من الضروري للمرضى المسنين وبخاصة الكبار جداً أو الضعفاء أخذ التاريخ المرضي وعمل الفحص البدني لهم في أوقات مختلفة وقد يتطلب تنفيذ الفحص البدني جلستين إكلينيكيتين بدلاً من واحدة وذلك إذا أحس المريض المسن بالتعب. وهناك اختلاف أخر لكبار السن فغالباً ما تكون مشاكلهم الصحية أكثر تعقيداً مثلاً اضطرابات متعددة قد تتطلب استخدام العديد من الأدوية (الإفراط الدوائي). وقد تكون معقدة التشخيص مما يؤخر أو يُضيع التشخيص وأحياناً يتم استخدام الأدوية بشكل غير لائق. إن الكشف المبكر للمشاكل الصحية لدى المسنين سيؤدي إلى التدخل المبكر وبالتالي منع التدهور وتحسين نوعية الحياة في





كثير من الأحيان من خلال تدخلات طفيفة نسبياً ورخيصة (مثلاً تغيير نمط الحياة).
وهكذا فأن أفضل وسيلة لتقييم المرضى المسنين، ولا سيما الضعفاء أو المصابين بأمراض مزمنة، هي باستخدام (التقييم الشامل للمسنين - Comprehensive geriatric assessment)[٦].

اضطرابات متعددة Multiple disorders

إن متوسط الاضطرابات التي يمكن تشخيصها لدى المرضى المسنين هو (٦) اضطرابات و كثيراً ما يجهل طبيب الرعاية الصحية الأولية البعض منها. إن اضطراباً في عضو جهاز واحد ممكن أن يضعف جهازاً آخر ويؤدي إلى تفاقم تدهور كِلا الجهازين ومن ثم إلى الاعتماد (Dependence) والعجز (Disability) ومن دون التدخل سيؤدي إلى الموت. إن الاضطرابات المتعددة تُعقد التشخيص والعلاج، ويزيد تأثير العجز بواسطة المشاكل العملية والمادية والحرمان الاجتماعي (مثلا العزلة) والفقر .
ولا بد للأطباء أيضاً أن يولوا إهتماماً خاصاً لأعراض معينة شائعة بين المسنين (مثل الإرتباك الحاد والدوخة والإغماء والهبوط ومشاكل التنقل وفقدان الوزن أو الشهية وسلس البول) لأنها قد تنجم عن اضطرابات في أعضاء أجهزة متعددة في الجسم. وإذا كان المرضى يعانون من اضطرابات متعددة فإن طرق العلاج (مثلاً الراحة في الفراش والجراحة والأدوية) يجب أن تكون مندمجة بشكل جيد؛ حيث أن علاج اضطراباً واحداً دون علاج الاضطرابات الأخرى قد يرتبط بتدهور سريع . وكذلك لا بد من الرصد الدقيق لتجنب عواقب علاجية المنشأ (Iatrogenic consequences). إن الراحة التامة في الفراش ممكن أن تُفقد المريض المسن (٥ - ٦ ٪) من كتلة العضلات والقوة كل يوم (Sarcopenia)، وإن الموت ممكن أن يكون النتيجة النهائية لآثار الراحة في الفراش لوحدها[٦].

التشخيص المتأخر أو المفقود Missed or delayed diagnosis

إن تشخيص الاضطرابات الشائعة بين المسنين في الغالب قد يكون تشخيصاً مفقوداً أومتأخراً. ولا بد للأطباء من استخدام التاريخ المرضي والفحص البدني والفحوصات المخبرية البسيطة لكي يكون فرز المرضى المسنين فعال (Actively screen elderly patients) وذلك للاضطرابات التي عادة تحدث فقط في المسنين أو تكون شائعة بينهم (جدول ٩). وعندما تُشخص هذه الاضطرابات مبكراً ففي الغالب يمكن أن تُعالج بسهولة أكثر.
إن التشخيص المبكر يعتمد كثيراً على معرفة الطبيب بسلوك المريض وتاريخه المرضي بما في ذلك الحالة العقلية. وعادة فإن البوادر والعلامات الأولى للإضطراب البدني هي عقلية أو عاطفية. وإذا كان الأطباء غير مدركين لهذا الاحتمال ويعزون الخرف بأنه السبب في تلك العلامات فإن التشخيص الفعلي وعلاجه سيتأخران[٦].

جدول ٩: الاضطرابات الشائعة بين المسنين[٦]

Disorders Common Among the Elderly

Frequency	Disorders
Almost exclusive in the elderly	Accidental hypothermia Normal-pressure hydrocephalus Urinary incontinence
More common among the elderly than among other age groups	Basal cell carcinoma Chronic lymphocytic leukemia Degenerative osteoarthritis Dementia Diabetic hyperosmolar nonketotic coma Falls Herpes zoster Hip fracture Monoclonal gammopathies Osteoporosis Parkinsonism Polymyalgia rheumatica Pressure ulcers Prostate cancer Stroke Temporal arteritis (giant cell arteritis)
Common among the elderly and treatable	Depression Diabetes mellitus Foot disorders interfering with mobility GI bleeding Hearing and vision abnormalities Heart failure Hypothyroidism Iron deficiency anemia Oral disorders interfering with eating Vitamin B12 deficiency





الإفراط الدوائي Polypharmacy

يجب مراجعة الأدوية المصروفة بوصفة طبية وبغير وصفة طبية التي يتناولها المسنين وخاصةً لتفاعلات الأدوية ولتعاطي أدوية تعتبر غير ملائمة للمسنين. وعندما تستخدم أدوية متعددة فأن التدبر بالكمبيوتر (المحوسب) سيكون أكثر كفاءة[٦].

مشاكل مقدمي الرعاية/ راعي المسن بالمنزل Caregiver problems

وترتبط مشاكل المرضى المسنين من حين لآخر بالإهمال أو إساءة المعاملة من قبل مقدمي الرعاية لهم بالمنزل. ولا بد للأطباء أن يأخذوا بعين الاعتبار سوء معاملة المسن وتعاطي المخدرات إذا كانت الظروف المحيطة والنتائج تشير إلى ذلك. وبعض أنماط الإصابات توحي بشكل خاص إلى سوء معاملة المسن وهي تشمل:-

- كثرة الكدمات، وخاصة في أماكن يصعب الوصول إليها (مثلاً منتصف الظهر).
- كدمات قبضة الذراعين.
- كدمات في الأعضاء التناسلية؛ حروق غريبة.
- خوف المسن الغير مبرر من مقدم الخدمة[٦].

التاريخ المرضي History

ان التاريخ المرضي الشامل ضروري حيث انه يساعد على تركيز الفحص البدني (comprehensive history is essential as it helps focus the physical examination)[٣٥].

في كثير من الأحيان هناك حاجة إلى مزيد من الوقت لمقابلة وتقييم المرضى المسنين ويرجع ذلك جزئياً إلى أنه قد تكون لديهم خصائص تتداخل مع التقييم تشمل:

- العجز الحسي (Sensory deficits) : إذا كان المسن يستعمل عادةً طقم أسنان أو نظارات أو سماعة فيجب أن يضعها أثناء زيارة العيادة وذلك لتسهيل التواصل خلال المقابلة. وكذلك الإضاءة الكافية تساعد أيضاً.
- قلة التبليغ عن الأعراض (Underreporting of symptoms) : قد لا يبلغ المرضى المسنين عن الأعراض التي يعتبرونها جزءاً من الشيخوخة الطبيعية (مثلا العجز و ضيق التنفس وضعف السمع أو البصر ومشاكل في الذاكرة وسلس البول واضطراب المشية والإمساك والدوخة والسقوط). ولكن ينبغي أن لا يُنسب أي من هذه الأعراض إلى التشيخ الطبيعي ما لم يتم إجراء تقييم شامل بحيث يتم استبعاد الأسباب الأخرى.
- المظاهر غير العادية للاضطراب (Unusual manifestations of a disorder) : قد تتغير المظاهر النموذجية للأمراض في المسنين. وقد يتقدم المسن للعيادة بأعراض عامة (مثلاً التعب والإرتباك وفقدان الوزن).
- إنخفاض الأداء الوظيفي كمظهر وحيد (Functional decline as the only manifestation).
- قد تظهر الاضطرابات في المسن على شكل انخفاض وظيفي فقط وفي مثل هذه الحالات قد لا تستعمل الأسئلة المعيارية، مثلاً عندما يُسأل المسن عن أعراض المفاصل فإن المسن الذي يعاني من التهاب شديد في المفاصل قد لا يُخبر عن الألم أو الورم أو التصلب ، ولكن إذا سُئل عن التغيرات في الأنشطة اليومية فإنه سيخبر أنه لم يعد

قادراً على المشي . تساؤلات حول مدة التراجع الوظيفي مثلاً «منذ متى لم تتمكن من القيام التسوق الخاص بك؟» يمكن أن يوفر معلومات مفيدة. وتحديد الأشخاص الذين بدأت لديهم مؤخراً صعوبة القيام بأنشطة الحياة اليومية الأساسية باستخدام أدوات مثل (ADLs) أو (IADLs) قد يوفر المزيد من الفرص للتدخل لإستعادة الوظيفة أو لمنع مزيد من الانخفاض وبالتالي الحفاظ على الاستقلالية.

- صعوبة تذكر الأحداث (Difficulty recalling):
- قد لا يتذكر المسن بدقة أمراض الماضي والتنويم في المستشفيات والعمليات والأدوية المأخوذة؛ وقد يضطر الأطباء إلى الحصول على هذه البيانات من مكان آخر مثلاً (من أفراد الأسرة أو من يساعد المسن بالمنزل أو من السجلات الطبية).

الخوف Fear

قد يحجم المسنون عن الإخبار عما لديهم من أعراض لأنهم يخشون من دخول المستشفى والذي يربطونه بالموت.

- اضطرابات متعلقة بالتقدم بالعمر (Age-related disorders and problems):
- إن الإكتئاب (شائع بين المسنين) فالخسائر المتراكمة وعدم الراحة بسبب اضطراباً ما تجعل كبار السن أقل ملائمة لتوفير معلومات عن صحتهم إلى الأطباء. وقد يعاني المرضى ذوي الإدراك الضعيف من صعوبة في وصف المشاكل مما يعوق تقييم الطبيب.
- يجب تسجيل المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال أخذ التاريخ المرضي والمقابلة في السجل الطبي للمريض[٦].

المقابلة Interview

إن معرفة الطبيب لإهتمامات المسن اليومية وظروفه الإجتماعية وكذلك معرفة الوظيفة العقلية والحالة العاطفية والشعور بالرفاه والصحة لدى المسن سوف يساعد الطبيب على توجيه وإرشاد المقابلة. إن توجيه أسئلة مفتوحة مثل سؤال المسن أن يصف يوماً عادياً في حياته سيُمكن الطبيب من الحصول على معلومات حول نوعية حياة هذا المسن والوظائف العقلية والجسدية لديه. هذا النهج مفيد بشكل خاص خلال الإجتماع مع المسن في الموعد الإكلينيكي الأول.

وينبغي اكتشاف أفكار ومخاوف وتوقعات معينه لدى المريض المسن (Elderly patient ideas، concern and expectations) وإتاحة الوقت له للتحدث عن أمور ذات أهمية شخصية. وكذلك لا بد للأطباء أيضاً سؤال المرضى عما إذا كان لديهم مخاوف محددة ، مثل الخوف من السقوط. ويمكن للألفة بين طبيب الرعاية الصحية الأولية والمسن أن تساعد على تواصل الطبيب مع المسن وأفراد عائلته. وقد يكون من الضروري فحص الحالة العقلية في وقت مبكر من مقابلة المسن لتحديد موثوقية وصحة معلومات المسن، وينبغي إجراء هذا الفحص بلباقة لكي لا يحس المسن بالحرج أو الضيق أو يكون في موقف دفاعي عن نفسه. وفي كثير من الأحيان فأن القرائن والدلائل اللفظية والغير لفظية (مثلاً الطريقة التي يسرد بها المسن قصة أو وتيرة الكلام ونبرة الصوت أو اتصال العين) ستوفر المعلومات

وفقا لما يلي :

- الإكتئاب (Depression): قد يهمل أو ينفي المرضى المسنين ذكر أعراض القلق والإكتئاب ولكن هناك دلائل أخرى لدى المسن ترشد الطبيب لاحتمال الإكتئاب مثل صوت المسن المنخفض أو حماسه المهزوم أو البكاء.
- الصحة البدنية والصحة العقلية (Physical and mental health): ماذا يقول المسن حول النوم والشهية قد يكون دليل للكشف عن وضع الصحة البدنية والعقلية.
- زيادة أو نقص الوزن (Weight gain or loss) : ولا بد للأطباء ملاحظة أي تغيير في حجم الملابس أو إذا أصبحت أوسع أو أضيق وكذلك ملاحظة استعمال طقم أسنان.

ينبغي مقابلة المريض المسن لوحده إلا إذا كان هناك ضعف في الحالة العقلية، وذلك لتشجيع المسن على مناقشة المسائل الشخصية. وأيضاً كثيراً ما سيحتاج الأطباء إلى التحدث مع أحد الأقارب أو مقدم خدمة المسن بالمنزل وذلك بوجود المسن أو عدم وجوده أو كلتا الحالتين حيث قد يحتاج أحياناً إلى التكلم معهم بدون وجود المسن وأحياناً بوجوده. مثل هؤلاء الناس غالباً ما يبدون وجهة نظر مختلفة عن الوضع الوظيفي والحركة والحالة النفسية والحالة العاطفية للمسن. كما ينبغي على الطبيب أن يستأذن المسن قبل دعوة قريبه أو مقدم الخدمة له للحضور ويوضح للمسن إن هذا إجراء روتيني. وعندما تتم مقابلة مقدم الخدمة لوحده يجب إبقاء المسن مشغول بشيء مفيد (مثلاً يملأ إستمارة تقييم موحدة أو إستجوابه من قبل عضو آخر في الفريق المتعدد التخصصات كالممرضة أو المشرفة الاجتماعية).وينبغي للأطباء النظر في إمكانية سوء معاملة المسن من قبل مقدم الخدمة أو تعاطي المخدرات عندما تكون هناك دلائل على ذلك[٦].

التاريخ الطبي Medical history

ينبغي على الطبيب عندما يسأل المسنين عن تاريخهم الطبي السابق أن يسأل عن الاضطرابات التي اعتادت أن تكون في السابق أكثر شيوعا (مثلاً الحمى الروماتزمية وشلل الأطفال) وكذلك عن العلاجات التي عفا عليها الزمن (مثلاً استرواح الصدر والعلاج لمكافحة السل). وهناك حاجة لتاريخ التحصينات (مثل الحمى الشوكية والكزاز والأنفلونزا والمكورة الرئوية) وردود الفعل السلبية على التحصينات ونتائج اختبار الجلد للسل. إذا كان المسن يذكر أنه قد أجريت له جراحة ولكن لا يذكر اسبابها فينبغي مراجعة ملف المسن السابق في العيادة إذا كان ذلك ممكنا.

ولا بد للأطباء من طرح أسئلة تهدف إلى مراجعه منهجية ومنظمة لكل أجهزة الجسم وبالتالي التحقق من وجود أي اضطرابات أو مشاكل صحية قد نسي المسن أن يذكرها كما هو موضح في (جدول١٠)[٦].

جدول ١٠: دلائل وجود اضطرابات بين المسنين[٦] :

Clues to Disorders in Elderly Patients

Region or System	Symptom	Possible Causes
Skin	Itching	Allergic reaction، cancer، dry skin، hyperthyroidism، jaundice، lice، scabies، uremia
Head	Headaches	Anxiety، cervical osteoarthritis، depression، giant cell arteritis، meningitis، subarachnoid hemorrhage، subdural hematoma، tumors
Eyes	Glare from lights at night	Cataracts، glaucoma
	Loss of central vision	Macular degeneration
	Loss of near vision (presbyopia)	Decreased accommodation of the lens
	Loss of peripheral vision	Glaucoma، retinal detachment، stroke

	Pain	Giant cell arteritis، glaucoma
Ears	Hearing loss	Acoustic neuroma، cerumen، foreign body in the external canal، ototoxicity due to use of drugs (eg، aminoglycosides، aspirin SOME TRADE NAMES BUFFERIN ECOTRIN GENACOTE، furosemide (LASIX)، Paget›s disease، presbycusis، trauma due to noise، tumor of the cerebellopontine angle، viral infection
	Loss of high-frequency range	Presbycusis (usually caused by age-related changes in the cochlea)
Mouth	Burning mouth	Pernicious anemia، stomatitis
	Denture pain	Dentures that fit poorly، oral cancer
	Dry mouth (xerostomia)	Autoimmune disorders (eg، RA، Sjögren›s syndrome، SLE)، dehydration، drugs (eg، antidepressants including tricyclic antidepressants، antihistamines، antihypertensives، diuretics، psychoactive drugs)، salivary gland damage due to infection or to radiation therapy for head and neck

		tumors
	Limited tongue motion	Oral cancer، stroke
	Loss of taste	Adrenal insufficiency، drugs (eg، antihistamines، antidepressants)، infection of the mouth or nose، nasopharyngeal tumor، radiation therapy، smoking، xerostomia
Throat	Dysphagia	Anxiety، cancer، esophageal stricture، foreign body، Schatzki›s ring، stroke، Zenker›s diverticulum
	Voice changes	Hypothyroidism، recurrent laryngeal nerve dysfunction، vocal cord tumor
Neck	Pain	Cervical arthritis، carotid or vertebral artery dissection، polymyalgia rheumatica
Chest	Dyspnea during exertion	Cancer، COPD، functional decline، heart failure، infection
	Paroxysmal nocturnal dyspnea	Gastroesophageal reflux، heart failure
	Pain	Angina pectoris، anxiety، aortic dissection، costochondritis، esophageal motility disorders، gastroesophageal reflux، herpes zoster، MI،





		myocarditis، pericarditis، pleural effusion، pleuritis، pneumonia، pneumothorax
GI	Constipation with no other symptoms	Colorectal cancer، dehydration، drugs (eg، aluminum-containing antacids، anticholinergic drugs، iron supplements، opioids، tricyclic antidepressants)، hypercalcemia (eg، due to hyperparathyroidism)، hypokalemia، hypothyroidism، inadequate exercise، laxative abuse، low-fiber diet
	Constipation with pain، vomiting، and intermittent diarrhea	Fecal impaction
	Fecal incontinence	Cerebral dysfunction، fecal impaction، rectal cancer، spinal cord lesions
	Lower abdominal pain (crampy، sudden onset)	Diverticulitis، gastroenteritis، ischemic colitis، obstruction
	Postprandial abdominal pain (150 min after eating، lasting 1–3 h)	Chronic intestinal ischemia
	Rectal bleeding	Colon angiodysplasia، colon cancer، diverticulosis، hemorrhoids، ischemic colitis
GU	Frequency، dribbling، hesitancy، weak stream	Benign prostatic hyperplasia، constipation، drugs (eg،





		antihistamines، opioids)، prostate cancer، urinary retention، UTI
	Dysuria with or without fever	Prostatitis، UTI
	Polyuria	Diabetes insipidus (decrease in ADH action)، diabetes mellitus، diuretics
	Incontinence	Cystitis، functional decline، normal-pressure hydrocephalus، spinal cord dysfunction، stroke، urinary retention or overflow، UTI
Musculoskeletal	Back pain	Abdominal aortic aneurysm، compression fractures، infection، metastatic cancer، multiple myeloma، osteoarthritis، Paget›s disease، pyelonephritis
	Proximal muscle pain	Myopathies، polymyalgia rheumatica
Extremities	Leg pain	Intermittent claudication، night cramps، osteoarthritis، radiculopathy (eg، disk herniation، lumbar stenosis)، restless legs syndrome
	Swollen ankles	Heart failure (if swelling is bilateral)، hypoalbuminemia، venous insufficiency
Neurologic	Change in mental status with fever	Delirium، encephalitis، meningitis، sepsis

	Change in mental status without fever	Acute illness، cognitive dysfunction، constipation (if severe)، depression، paranoia، urinary retention
	Clumsiness in tasks requiring fine motor coordination (eg، buttoning shirt)	Arthritis، parkinsonism، spondylotic cervical myelopathy، intention tremor
	Excessive sweating during meals	Autonomic neuropathy
	Fall without loss of consciousness	Bradycardia، drop attack، neuropathy، orthostatic hypotension، postural instability، tachycardia، transient ischemic attack، vision impairment
	Hesitant gait with intention tremor	Parkinson›s disease
	Numbness with tingling in fingers	Carpal tunnel syndrome، peripheral neuropathy، spondylotic cervical myelopathy
	Sleep disturbances	Anxiety، circadian rhythm disturbances، depression، drugs، pain، parkinsonism، periodic limb movement disorder، sleep apnea، urinary frequency
	Syncope	Aortic stenosis، cardiac arrhythmia، hypoglycemia، orthostatic hypotension، seizure





	Transient interference with speech، muscle strength، sensation، or vision	Transient ischemic attack
	Tremor	Alcohol abuse، CNS disorder (eg، cerebellar disorders، post-stroke)، essential tremor، hyperthyroidism، parkinsonism

التاريخ الدوائي Drug history

إن الإفراط الدوائي (Polypharmacy) شائع قي كبار السن، وهو يعني استخدام أدوية متعددة أو تناول أدوية أكثر مما هو موصوف إكلينيكيا. وبين كبار السن فإن٣٠٪ من حالات دخول المستشفيات والعديد من المشاكل التي يمكن الوقاية منها، مثل السقوط والارتباك، ويعتقد أن لهما صلة بالآثار الجانبية للأدوية[١٨].

يجب أخذ معلومات كاملة ومستوفية عن الأدوية بما في ذلك الأدوية الموضعية (كنقط العين أو مرهم للجلد) والتي تصرف بلا وصفة (مثل مسكن الألم - باراسيتامول) والأدوية الشعبية. وكل دواء يتم السؤال عن جرعته وتكرار استعماله اليومي وطريقة أستعماله ومن وصفة (مصدر الوصفة) وعن حدوث اعراض جانبية بإستخدامه.

يجب إخبار المسن ومن يرعاه بالمنزل أن يجلب جميع الأدوية التي يستخدمها المسن للعيادة في الزيارة الأولى وفي زيارات المتابعة وعلى الطبيب مراجعة جميع هذه الأدوية للتأكد من تاريخ انتهاء الدواء وعدم تكرار نفس الدواء تحت مسمى تجاري مختلف وعدم وجود أدوية يتداخل بعضها مع البعض وأن المسن يستخدم فقط ما يصفه الطبيب من الأدوية له كما يجب أن يتم تسجيل هذه الأدوية بوضوح في ملف المسن الصحي. ويمكن للأطباء التأكد من أن كبار السن لديهم الأدوية الموصوفة، ولكن حيازة هذه الأدوية لا يضمن الإلتزام بتناولها. قد يكون حساب عدد الأقراص في كل قارورة خلال الزيارات الأولى واللاحقة ضرورياً.

إذا كان شخص آخر غير المسن يتدبر إعطاء الأدوية للمسن فيجب مقابلة هذا الشخص. وعلى الطبيب التأكد بإلتزام المسن بأخذ الدواء ويتابع ذلك معه أومع الراعي له في كل موعد للعيادة. كما يجب أن يُطلب من المسن أو الراعي له قراءة تعليمات الصيدلية على العلب (والتي غالباً ما تكون مكتوبة بخط صغير) لبيان قدرتهم على قراءة التعليمات ويُطلب منه أيضاً فتح علبة الدواء وخصوصاً إذا كانت من العلب التي تستخدم لحماية الأطفال والتي يكون فتحها صعب على بعض المسنين لبيان قدرتهم على فتح العلبة [٦].

إن مراكز خدمات الرعاية الصحية (Medicare services) والخدمات الطبية (Medicaid services) تشجع استخدام معايير بيرز (Beers criteria)، التي تسرد قائمة الأدوية وفئات الأدوية التي ينبغي تجنبها في كبار السن، وذلك كجزء من تقييم مريض من كبار السن للحد من الآثار السلبية (adverse effects) ويمكن الاطلاع على معايير بيرز (Beers criteria) في الموقع الالكتروني http://www.dcri.duke.edu/ccge/curtis/beers.html[١٨].

تاريخ التدخين Tobacco use history

ينبغي تقديم المشورة(Counseling)للمسنين الذين يدخنون بالإقلاع عن التدخين، وإذا ما استمروا بالتدخين فيجب أن لا يدخنوا في السرير نظراً لأنهم أكثر عرضة أن يغفو أثناء القيام بذلك.

التاريخ التغذوي Nutrition history

يجب أخذ معلومات عن نوع وكمية الطعام وعدد الوجبات الرئيسية والخفيفة. إن المرضى المسنين الذين يأكلون مرتين في اليوم هم عرضه لسوء التغذية. كما يجب السؤال عن تنوع الطعام وتناول الألياف يومياً وعن القدرة على مضغ الطعام. إن ضعف قدرة الذوق لدى المسنين قد يؤثر على تلذذهم واستساغتهم للطعام لذا تقل الكمية التي يأكلونها. وكبار السن الذين لديهم ضعف بصر أو حركة مقيدة أو روماتيزم أو إرتعاش قد يجدون صعوبة في تناول الطعام وقد يؤذون أنفسهم بجرح أو حرق عند تحضير الطعام. وقد يُقلل كبار السن القلقين من سلس البول من نسبة شرب السوائل إلى درجة قد تكون ضارة وتسبب الجفاف[٦].

تاريخ الصحة العقلية Mental health history

قد يكون هناك صعوبة في اكتشاف المشاكل في الحالة العقلية. إن الأعراض التي قد تشير إلى إعتلال الصحة العقلية لدى المرضى الأصغر سناً (مثل الأرق واضطراب النوم والإمساك واضطراب الإدراك والقلق وفقد الشهية ونقص الوزن والإرهاق والانهماك بمسائل مادية) قد يكون لها سبباً أخر لدى المسنين. إن نوبات الحزن والقلق وفقدان الأمل قد تدل على الإكتئاب. قد يكون القلق هو العرض الرئيسي للإكتئاب أو قد يتقدم المسن بأعراض إضطراب الإدراك. إن القلق العام هو أكثر الاضطرابات العقلية شيوعا التي ممكن مصادفتها لدى المسنين كما قد تكون مصحوبة بإكتئاب[٦].

يجب سؤال كبار السن عن الوهم والهذيان/الهلوسة (Delusions and hallucinations) وعن صحتهم سابقاً خصوصا الصحة النفسية (بما في ذلك التنويم في مستشفى الصحة النفسية) واستخدام الأدوية النفسية والتغير المؤخر في الظروف المحيطة بالمسن. هناك عدة ظروف (مثل موت احد الأقرباء أو فقد القدرة على السمع أو تغير المنزل أو تغير راعي المسن في المنزل أو فقد القدرة على الاستقلالية) قد تؤدي إلى الإكتئاب.

ويجب سؤال المسن عن قلقه ورأيه وتوقعاته (Patients ideas، expectations and concern) من الناحية الدينية والروحانية وعن تقبل الكبر بالسن وما يصاحبه من إعتلال الصحة ومن ثم الموت.

القدرة الوظيفية Functional ability

يشير الوضع الوظيفي لقدرة الشخص على أداء المهام المطلوبة للعيش[١٨]. إن تقييم القدرة الوظيفية يشمل تقييم القدرة على أداء مهام مختلفة خلال الحياة اليومية مثل لبس الملابس والأعمال المنزلية وكذلك المهام التي تتطلب إدراك عقلي وقدرة جسدية أكثر تعقيداً مثل التبضع والتسوق[٣٥].

يبدأ تقييم المسنين بمراجعة شطرين رئيسين للقدرة الوظيفية وهما أنشطة الحياة اليومية (Activities of daily living -ADL) وأنشطة استخدام الأدوات الحياة اليومية (Instrumental activities of daily living - IADL)إن أنشطة الحياة اليومية (ADL) هي أنشطة الرعاية الذاتية التي ينفذها أي شخص يومياً (على سبيل المثال ، تناول الطعام ولبس الملابس والاستحمام والتنقل بين السرير وكرسي واستخدام المرحاض والتحكم بوظائف المثانة والأمعاء). أما أنشطة استخدام الأدوات الحياة اليومية (IADL) فهي الأنشطة التي يحتاجها المسن للعيش بشكل مستقل (على سبيل المثال القيام بالأعمال المنزلية وإعداد وجبات الطعام وتناول الأدوية بشكل صحيح وإدارة الشؤون المالية واستخدام الهاتف)[١٨] .

يمكن للأطباء الحصول على معلومات مفيدة عن الأداء الوظيفي ببساطة عن طريق مراقبة المرضى من كبار السن وهم يكملون مهام بسيطة ، مثل يفك أزرار وتزرير قميصاً (أو ثُوباً) والتقاط قلم وكتابة جملة ما وخلع ولبس الحذاء و التسلق صعوداً وهبوطاً من سرير الفحص الإكلينيكي[١٨].

كثيراً ما يتم تحديد إذا ما كان المريض المسن قادراً على الحركة باستقلالية أو يحتاج بعض المساعدة في أداء النشاطات اليومية الأساسية (ADLs) أو استخدام أدوات النشاطات اليومية (IADLs) أو يحتاج مساعدة كاملة للتحرك ، غالباً من خلال التقييم الشامل للمسنين (Comprehensive geriatric assessment)[٦]. أدة تقييم أداء النشاطات اليومية الأساسية (ADLs) هي مقياس كاتز أداء النشاطات اليومية الأساسية (Katz ADL Scale)[٥، ٧، ١٨] أما أداة تقييم استخدام أدوات النشاطات اليومية (IADLs) فهي مقياس لاوتون استخدام أدوات النشاطات اليومية (Lawton IADL scale)[٧، ١٨] . إن العجز في في أداء النشاطات اليومية الأساسية (ADLs) أو استخدام أدوات النشاطات اليومية (IADLs) يمكن أن يشير إلى الحاجة إلى المزيد من التقييم المتعمق لظروف المسن البيئية والاجتماعية وحاجة المسن إلى مساعدة إضافية[١٨].

التاريخ الاجتماعي Social history

إن العوامل التي تؤثر على الظروف الاجتماعية والبيئية للمريض تشمل شبكة التواصل والتفاعل الاجتماعي وموارد الدعم المتاحة والاحتياجات الخاصة وسلامة البيئة [١٨].

يجب على الأطباء معرفة نظام معيشة المسن وخصوصاً أين ومع من يعيش (في بيت منعزل أو في شقة مزدحمة أو بيت واسع وله غرفته وحمامه المستقلين) وهل الوصول للبيت سهل- مثلا قد يحتاج طلوع درج أو جبل) وهل وسيلة النقل متاحة. إن هذه العوامل تؤثر على إمكانية المسن في الحصول على الطعام والرعاية الطبية وغير ذلك من مستلزمات الحياة.

إن زيارة المنزل صعبة ولكن قد يتمكن الطبيب من ذلك أو ممكن أن يُرسل من يزور بيت المسن حيث أن هذه الزيارة ستوفر معلومات هامة، مثلاً سيكون الطبيب على بصيرة عن ما يأكله المسن ومعرفة وضع غرفة المريض وموقع الحمام وتوفر تلفون ودرابزين في الدرج أو مصعد وإذا كان هناك مدخنين في المنزل أو يستخدم فحم أو حطب حيث أنها

اقتراح حلول مناسبة. سيتم الحصول على معلومات قيمة وذلك بجعل المسن يتحدث بحرية ليصف يوم اعتيادي في حياته بما في ذلك نشاطاته اليومية مثل القراءة ومشاهدة التلفزيون والعمل والرياضة والمواهب وطريقة التعامل مع الآخرين[٦] وكذلك إذا كان المسن يصلي في البيت او في المسجد ويستطيع الوقوف بالصلاة أو يصلي جالساً.

ويجب على الطبيب السؤال عما يلي:

- عدد وطبيعة الزيارات الإجتماعية (الأصدقاء والجيران) وزيارات الأهل[٦] والتردد على المسجد.
- توفر قيادة السيارة أو استخدام وسيلة مواصلات أخرى.
- مقدم الخدمة بالمنزل وأي وسيلة أخرى متاحة لرعاية المسن مثل الأصدقاء والجيران.
- مدى توفر أفراد العائلة لمساعدة المسن عند الحاجة (مثل طبيعة وظيفتهم وصحتهم وإذا كانوا خارج المدينة).
- سلوك المسن نحو أفراد العائلة وسلوك أفراد العائلة نحو المسن (بما في ذلك درجة الإهتمام والإستعداد لمساعدة المسن).

يجب ملاحظة الحالة العقلية للمسن والأسئلة الحساسة مثل العلاقة مع الزوج والرضا عن الحياة يتم السؤال عنها بطريقه لبقه ولكن وافية.

كذلك يجب سؤال المسن عن مستواه العلمي والوظيفة السابقة والحالية إذا وجدت (خصوصا للمسنين الصغار أي بعمر أقل من ٧٠ سنه) والتعرض للإشعاع والهوايات الحالية والسابقة. وكذلك تُناقش الصعوبات الاقتصادية بسبب التقاعد والدخل الثابت أو وفاة المُعيل أو شريك الحياة. قد تسبب المشاكل الصحية أو المادية فقدان المنزل وتغير الوضع الاجتماعي وتؤثر على استقلالية المسن. كما يُسأل المسن عن علاقاته السابقة مع الأطباء فقد يكون يفتقد إلى علاقة لمدة طويلة مع طبيبه المعالج وذلك لتقاعد الطبيب أو انتقاله إلى جهة عمل اخرى[٦].

النقاط الرئيسية في التاريخ المرضي Key points of History

- ما لم يتم تصحيح الإعاقة الحسية (Sensory deficits) ، وخصوصا ضعف السمع، قد تتداخل بشكل سلبي مع أخذ التاريخ المرضي.
- العديد من الاضطرابات في كبار السن تظهر فقط مع على شكل انخفاض الأداء الوظيفي والحركي.
- وكجزء من التاريخ الدوائي يجب أن يُطلب من المسن أو أحد من أفراد الأسرة جلب جميع الأدوية التي يستخدمها المسن ، بما في ذلك الأدوية بدون وصفة طبية، في كل زيارة.
- في كثير من الأحيان يجب على مقدمي الرعاية الصحية للمسنين مقابلة راعي المسن في المنزل وذلك للحصول على التاريخ المرضى للمسنين المعاقين وظيفياً وحركياً[٦].

الفحص البدني Physical examination

إن عمل الفحص البدني الكامل والشامل سوف يستغرق تنفيذه أكثر من ساعة. على سبيل المثال، فحص الجهاز العصبي (يشمل تقييم الحكم والإدراك؛ ١٢ عصب دماغي؛





الإحساس شاملاُ لمس حاد وناعم ودرجة الحرارة على جميع الأطراف والجذع والوجه؛ قوة كل العضلات الباسطة المثنية وكذلك الجذع والعنق و عضلات الوجه. تقييم الحول وفحص قاع العين.... الخ) وحده يمكن أن يستغرق ساعة. لذا، يجب على الطبيب إجراء فحص موجز لكل أجهزة الجسم، مع المزيد من الفحص المتعمق لتلك الأجهزة التي لفت الانتباه لها التاريخ المرضي. ان نفس الشيء صحيح بالنسبة لإجراء فحوصات تشخيصية إضافية (اختبار الدم، والأشعة السينية وفحص بالأشعة، تخطيط القلب ... الخ). مثل هذه الاختبار يتم التركيز عليا والتوجه نحوها من خلال نتائج التاريخ المرضي وكذلك نتائج الفحص البدني[٧].

يمكن للطبيب الحصول على معلومات قيمة عن مستوى حركة المسن وأداءه الوظيفي وذلك بمراقبه حركته (مثل المشي لدخول العيادة وطريقة الجلوس في أو النهوض من الكرسي والاستلقاء على سرير الفحص والنهوض منه وطريقة خلع ولبس الحذاء والجوارب). إن نظافة المسن الشخصية (مثل مدى ترتيب ملابسه ونظافته ورائحته) قد تعطي معلومات عن حالته العقلية وطريقة اعتناءه بنفسه وكذلك مدى اهتمام راعي المسن بالمنزل به.

و يمكن توقف الفحص الإكلينيكي وتكملته في زيارة أخرى إذا ما أحس المسن بالإرهاق. المريض المسن قد يحتاج إلى وقت إضافي للحركة داخل العيادة والاستعداد للفحص الإكلينيكي ولا يجب أن نطلب منه إسراع حركته. يجب أن يتم تعديل ارتفاع سرير الفحص لمستوى يصل إليه المسن بسهوله، وممكن استخدام كرسي القدمين ليسهل الصعود إليه. ويجب عدم ترك المسنين الضعفاء لوحدهم على سرير الفحص. وقد يكون جزء من الفحص أكثر راحة للمسن إذا تم بالجلوس على كرسي. وإذا تم فحصهم على السرير يجب الانتباه لهم وحمايتهم من السقوط وملاحظة ما إذا كان المسن يستخدم قسطرة بولية (Urinary catheter) أوحفائظ لكبار السن.

يجب أن يصف الأطباء المظهر العام للمسن (مرتاح أو قلق أو شرود أو سوء التغذية أو شحوب أو زرقة)[٦].

يتضمن تقييم المسنين تقييم جميع جوانب التاريخ الطبي التقليدية، بما في ذلك المشكلة الرئيسية، والمرض الحالي، والمشاكل الطبية الحالية والماضية ، والتاريخ الاجتماعي والأسري، والبيانات الديموغرافية، وفحص أجهزة الجسم. ومع ذلك، ينبغي أن يكون النهج المتبع في التاريخ والفحص البدني محدد لكبار السن. على وجه الخصوص في التقييم ينبغي أدراج مواضيع مثل التغذية، والبصر، والسمع، وسلس البراز والبول، والتوازن ومنع الوقوع، وهشاشة العظام، والإفراط الدوائي[١٨].

العلامات الحيوية Vital signs

يجب قياس الوزن في كل زيارة، وأثناء القياس قد يحتاج المسنين الذين لديهم مشاكل بالتوازن إلى التمسك جيدا بقضبان مثبته قريبة من الميزان ويجب مراقبته لتجنب سقوطه. يجب تسجيل الطول سنوياً وملاحظة نقص الطول نتيجة هشاشة العظام.

ويجب قياس درجة الحرارة. إن انخفاض درجة الحرارة ممكن أن يُضيع ولا يتم الانتباه إليه إذا لم يكن مقياس الحرارة قادراً على قياس درجة الحرارة بعدة درجات أقل من الطبيعي. إن عدم وجود حمى لا يعني عدم وجود التهاب عند المسن.

يجب قياس النبض وضغط الدم في كلا الذراعين، يُقاس النبض لمدة ٣٠ ثانية مع ملاحظة أي عدم انتظام في النبض. وبما أن هناك العديد من العوامل التي تغير ضغط الدم، فأن ضغط الدم يجب أن يقاس عدة مرات وذلك بعد أن يرتاح المسن لأكثر من خمس دقائق.

كما يجب فحص جميع المرضى المسنين لانخفاض ضغط الدم عند الوقوف حيث انه شائع بينهم. يقاس ضغط الدم عندما يكون المسن مستلقي ثم يقاس الضغط مرة اخرى بعد أن يقف المريض لمدة ٣-٥ دقيقة، فإذا هبط الضغط الانبساطي ٢٠ ملم زئبق أو أكثر بعد أن يقف المسن فأنه يتم تشخيص هبوط الضغط عند الوقوف. يجب توخي الحذر عند القياس لتجنب سقوط المسن عند هبوط الضغط عند الوقوف.

قد يصل معدل التنفس الطبيعي لدى المرضى المسنين إلى ٢٥نفس/دقيقة، أن معدل النفس أكثر من ٢٥نفس/دقيقة قد يكون أول علامة على التهاب قناة التنفس السفلى (Lower respiratory tract infection) أوهبوط القلب (Heart failure) أواضطراب أخر.

الجلد Skin

إن الملاحظة الأولى ستشمل اللون (احمرار طبيعي، شاحب أو مزرق) والفحص يشمل البحث عن الآفات الخبيثة أو قبل الخبيثة (Premalignant and malignant lesions)، نقص تروية الدم للأنسجة (Tissue ischemia) وقرحة الضغط (Pressure ulcers) وفي كبار السن يجب أخذ ما يلي بعين الاعتبار:

- إن الكدمات (Ecchymoses) تحدث بسهولة عند تجرح الجلد ، وغالبا ما تكون على الساعد لأن طبقة الأدمة تخف مع التقدم بالعمر والتشيخ.
- قد يكون تفاوت درجة سمرة البشرة طبيعي بسبب فقدان الخلايا الصبغية تدريجياً مع التشيخ.
- قد يكون وجود ظهر أظافر طولي (Longitudinal ridges on the nails) وغياب الهليل ذو الشكل الهلالي (absence of the crescent-shaped lunula) طبيعي ومتعلق بالتشيخ.
- قد تحدث كسور في صفيحة الظفر (Nail plate) مع التقدم بالعمر لأن صفيحته تخف.
- أن نزيف منشقة الأسود (Black splinter hemorrhages) في منتصف أو ١ / ٣ البعيد من أظفر اليد من الأرجح أنه نتيجة لصدمة أكثر من كونه بسبب تجرثم الدم (Bacteremia).
- قد تشير أظافر القدم السميكة والصفراء إلى التهاب فطري للأظافر (Onychocryptosis)،
- إن حدود أظافر القدم المنحنية للداخل وللأسفل تشير إلى النمو الداخلي للأظافر Ingrown toenail (onychocryptosis).

- تشير الأظافر البيضاء التي تتقشر بسهولة (scale easily)، إلى الصدفية (Psoriasis).
- تشير الكدمات الغير مبررة إلى سوء معاملة المسن.

الرأس والرقبة Head and neck

الوجه Face

إن نتائج الفحص التي تكون نتيجة التقدم الطبيعي في العمر تشمل ما يلي:

- هبوط الحاجبين تحت حافة المدار العليا.
(Eyebrows drop below the superior orbital rim)
- نزول الذقن (Descent of the chin).
- فقد الزاوية بين خط تحت الفك والعنق.
(Loss of the angle between the submandibular line and neck)
- التجاعيد.
- الجلد الجاف.
- شعر كثيف على الآذان والأنف والشفة العليا والذقن.

وينبغي أن تحس الشرايين الصدغية (Temporal arteries) للألم عند اللمس وللسماكة، والتي قد تشير إلى التهاب الشريان الصدغي المسمى بإلتهاب الشريان ذو الخلايا العملاقة (Giant cell arteritis).

الأنف Nose

إن هبوط طرف الأنف التدريجي هو نتيجة طبيعية للتقدم بالعمر. ويمكن أن يتسبب في انقسام الغضروف الجانبي العلوي والسفلي مما يوسع ويطيل الأنف.

العيون والبصر Eyes and Vesion

إن الأسباب الأكثر شيوعا لضعف البصر لدى كبار السن تشمل طول النظر الشيخوخي (Presbyopia)، والماء الأزرق (Glaucoma)، واعتلال الشبكية السكري (diabetic retinopathy)، وإعتام عدسة العين (cataracts)، والضمور البقعي المرتبط بالعمر (Age-related macular degeneration)[١٨].

إن نتائج الفحص الإكلينيكي للعين المرتبطة بالتقدم الطبيعي في العمر تشمل ما يلي:-
فقدان دهون المدار (Loss of orbital fat) : قد يسبب هبوطاً تدريجياً للعين للوراء بالمدار (خوص Enophthalmos). لذا فإن الخوص ليس بالضرورة هو علامة على حدوث الجفاف في المسنين. ويرافق الخوص تعميق لثنية الجفن العلوي وحجب طفيف للرؤية المحيطية.

- إطراق كاذب - انخفاض حجم فتحة الجفن (Pseudoptosis)
- شتر داخلي - انقلاب هوامش الجفن السفلي (Entropion)
- شتر خارجي - عملية السحب من هوامش الجفن السفلي (Ectropion)
- القوس الشيخوخي - حلقة بيضاء حول القرنيه (a white ring at limbus - Arcus senilis)

- بصر الشيخوخة (Presbyopia) ينشأ مع التقدم بالعمر وتصبح العدسة أقل مرونة وأقل قدرة على تغيير الشكل عند التركيز على الأشياء القريبة. وتُنظر العين (Ophthalmoscopy) للتحقق من إعتام عدسة العين (Cataracts) ضمور العصب البصري أو الضمور البقعي (Optic nerve or macular degeneration) والأدلة على الماء الأزرق (Glaucoma) وتغيرات قاع العين كمضاعفات لارتفاع ضغط الدم أو السكري.
- يجب فحص عيون جميع المسنين بواسطة طبيب أخصائي العيون (Ophthalmologist) أو فني طبي للعيون (Optometrist) كل ١-٢ سنه للفحص عن أكثر اضطرابات العين شيوعاً (على سبيل المثال، الماء الأزرق ، وعتمة عدسة العين، واضطرابات الشبكية)[٦].

إن لوحة سنيلين للعين (Snellen eye chart) هي أداة مناسبة لفرز قوة/حدة البصر (visual acuity screening) في كبار السن. يجب أخد الإحالة لأخصائي العيون بالاعتبار عندما تكون قوة البصر أقل من (٢٠/٤٠) (مع عدسات تصحيح طبيعية إن أمكن) وضعف البصر يؤثر على اداء النشاطات اليومية[٧].

الأذونان والسمع Ears and Hearing

إن نتائج الفحص التي تكون نتيجة التقدم الطبيعي في العمر تشمل التوفاي الذي يوجد خلال فحص صيوان الأذن (Tophi or deposits of uric acid crystals). يجب فحص القناة السمعية الخارجية لشمع الإذن (Cerumen)، خاصة عند ملاحظة مشكلة في السمع خلال المقابلة. إذا كان المسن يرتدي سماعة إذن فيجب أن تُزال وتُفحص حيث أن قالب الأذن وأنابيب البلاستيك يمكن أن تُسد بالشمع أو قد تكون البطارية منتهية المفعول ويعرف ذلك من غياب صوت صفارة عند رفع حجم صوت السماعة[٦].

بالرغم من أن معدل انتشار فقدان السمع بين المسنين يتراوح من (١٤ - ٤٦٪)، فإن (٢٠٪) فقط من أطباء الرعاية الصحية الأولية يقومون بعمل فرز لفقدان السمع للمرضى المسنين بشكل روتيني[٧]، فكثيراً ما يُغفل عنه بسبب ضيق الوقت[٦]. وبسبب عوائق نفسية ومالية وميكانيكية فأن(٣٢٪) فقط من الأشخاص الذين يعانون من فقدان السمع معتدل إلى شديد يستخدمون أداة مساعدة للسمع (Hearing aid)[٧]. إن صمم الشيخوخة (Presbycusis)، عبارة عن فقد سمع عالي التردد وتدريجي وهو أكثر أسباب ضعف السمع شيوعاً بين المرضى المسنين. وهذا النوع من فقدان السمع يقلل من القدرة على تفسير الكلام الذي يمكن أن يؤدي إلى تناقص قدرة التواصل[٦،٧] مما يترتب عليه زيادة خطر العزلة الاجتماعية والاكتئاب. ان فقدان السمع عند كبار السن يمكن أن يؤثر سلبا على الرفاه الجسدي والعاطفي والمعرفي[٧]. يجب أن يكون الفرز لفقد السمع (Screening for hearing loss) جزء من الفحص الروتيني للبدن ولكن كثيراً ما يُغفل عنه بسبب ضيق الوقت. و هو ضروري في المسنين ويجب ألا يُهمل أبداً. لتقييم السمع يقف الطبيب أو الممرض خلف المسن فلا يرى المريض وجهه ويهمس (٣ -٦) كلمات أو حروف بشكل عشوائي في كل أذن من آذان المريض. فإذا كرر المسن بشكل صحيح على الأقل نصف هذه الكلمات أو الحروف عند فحص كل أذن فيعتبر السمع فعال بقدر واحد إلى واحد محادثة٦ (Hearing functional for one-on-

.[٦](one conversations

الفم Mouth

يُفحص الفم لنزيف اللثة أو تورم أو أسنان فضفاضة أو مكسورة ولالتهابات فطرية وعلامات السرطان (eg، leukoplakia، erythroplakia، ulceration، mass) والتي قد تشمل نتائج الفحص التالية:

- أسنان قاتمة (Darkened teeth): نتيجة بقع خارجية أو المينا الأقل شفافية -تحدث مع التشيخ والهرم.
- شقوق في الفم واللسان ولسان يلصق بمخاطية الشدق (Tongue that sticks to the buccal mucosa)نظرا لجفاف الفم
- حمامية لثة تنزف وتدمي بسهولة (Erythematous، edematous gingiva): تشير عادة إلى اضطراب اللثة
- رائحة نفس كريهة (Bad breath): ربما تشير إلى تسوس، التهاب اللثة، أو اضطراب آخر عن طريق الفم، أو في بعض الأحيان اضطراب رئوي.
- يتم فحص سطوح اللسان الظهرية والبطنية (Dorsal and ventral surfaces) للتغيرات الشائعة المرتبطة بالتقدم بالعمر وتشمل الدوالي على السطح البطني، حمامى مهاجرة (اللسان الجغرافي)، وضمور الحليمات على جانبي اللسان. قد يكبر اللسان في المسنين عديمي الأسنان (Edentulous) لتسهيل المضغ، ولكن قد يشير أيضاً إلى وجود الداء النشواني أوضعف الغدةالدرقية (Amyloidosis or hypothyroidism). واللسان الناعم والمؤلم قد يشير إلى عوز الفيتامين B12.
- يجب إزالة الأسنان قبل فحص الفم. طقم الأسنان يزيد مخاطر التهاب الفطريات الفموي. وقد يلتهب الغشاء المخاطي الحنكي من أطقم الأسنان المثبته بشكل سيئ.
- التشققات المؤلمة والملتهبة في نقاط التقاء الشفاة (التهاب الشفة الزاوي - Angular cheilitis) قد تُلاحظ بالمسنين عديمي الأسنان ولا يضعون أطقم أسنان والعدوى الفطرية ترافق هذه الآفات عادة[٦].

العنق Neck

تقع الغدة الدرقية عند كبار السن أسفل العنق وتُفحص لزيادة الحجم ووجود العقد كما تُفحص مرونة العنق، وقد تدل المقاومة السلبية للتمديد والإنحناء والالتفات لجنب واحد (Resistance to passive flexion، extension، and lateral rotation) على وجود اضطراب في العمود الفقري العنقي. ومقاومة الانحناء والتمدد قد تحدث بسبب الإصابة بإلتهاب السحايا (Meningitis)[٦].

الصدر والظهر Chest and Back

تُفحص جميع مناطق الرئتين بواسطة القرع والتسمع (Percussion and auscultation). ممكن أن تسمع الخرخرة عند قاعدة الرئتين (Basilar rales) في المسنين الأصحاء ولكن





يجب أن تختفي بعد أن يأخذ المسن نفساً عميقاً عدة مرات.
يُفحص الظهر لوجود ميل جانبي للعمود الفقري ولألم اللمس (Scoliosis and tenderness).
قد تشير الآلام الشديدة في الظهر والورك والساق مع ألم عند لمس عظم العجز (Sacral tenderness) إلى كسور هشاشة تلقائية نتيجة هشاشة عظم العجز (Spontaneous osteoporotic fractures of the sacrum) وهذه الكسور ممكن أن تحدث عند المسنين.

الثدي : ينبغي فحص الثدي سنوياً لعدم الانتظام أو العقيدات. ويُنصح النساء أيضاً بالفحص الذاتي للثدي ويجب عمل فرز سنوي بالتصوير الإشعاعي للثدي (Annual screening mammography) للنساء اللاتي لديهن تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي.

القلب : يمكن تقدير حجم القلب عادة بتلمس القمة (Palpating the apex) ولكن الإزاحة بسبب تقوس العمود الفقري (Displacement caused by kyphoscoliosis) قد تجعل التقدير صعب.
وينبغي التسمع بشكل منهجي (Auscultation should be done systematically). وفي المسنين فإن لغط القلب الانقباضي (Systolic murmur) تشير عادة إلى مشاكل في صمامات القلب (Aortic valve sclerosis، aortic valve stenosis ، mitral regurgitation) أو إلى إنسداد عضلة القلب الضخامي (Hypertrophic obstructive cardiomyopathy)[٣٢].

الجهاز الهضمي GI System

يُتحسس البطن باليد للتأكد من ضعف عضلات البطن، وهو أمر شائع بين المسنين و قد تؤدي إلى الفتق. تمدد الشريان الأورطي البطني (Abdominal aortic aneurysms) غالباً يكون محسوس ككتلة نابضة ولكن يمكن تحسس العرض الجانبي/الوحشي لهم فقط (their lateral width) اثناء الفحص البدني. وفي بعض المسنين (خاصة النحفاء منهم) فأنه يمكن تحسس الشريان الأورطي الطبيعي الحجم ولكن الشريان والنبض لا يمتد إلى جنب البطن. يُتحسس الكبد والطحال للتضخم. ويجب فحص وتيرة ونوعية أصوات الأمعاء، وتفحص منطقة فوق العانة بالطرق لألم اللمس (Tenderness) وعدم الراحة وللأدلة على احتباس البول. وتُفحص المنطقة الشرجية خارجياً للتشققات والبواسير وآفات أخرى (Fissures، hemorrhoids، and other lesions).

الجهاز التناسلي البولي الذكري Male GU System

تُفحص غدة البروستات للعقيدات (Nodules) ولألم اللمس والتماسك (Consistency)

الجهاز التناسلي الأنثوي Female GU System

إن الفحص الدوري للحوض بمسحة عنق الرحم (Pap smear) كل (٢-٣) سنه حتى سن (٧٠سنة) موصى عليه. وعند سن (٧٠سنة) يمكن إيقاف الفحص إذا كانت نتائج الفحصين المتتاليين السابقين على التوالي طبيعية. وإذا كانت المرأة بعمر (٧٠ سنة) وما فوق ولم يُجرى لها فحص عنق الرحم بشكل منتظم فيجب أن يكون لديها على الأقل فحصين سلبيين

بينهما عام واحد قبل أن يتم إيقاف الفحص الدوري. وعندما يتم إيقاف الفحص الدوري فانه يبدأ من جديد فقط إذا كان هناك أعراض جديدة أو دلائل على وجود اضطراب[٦].

الحصر Continence

أن السلس (Incontinence) يقدر أن يحدث في ١١-٣٤ ٪ من الرجال المسنين و ١٧ - ٥٥٪ من النساء المسنات. وعلى الرغم من أن السلس شائع، فهو في كثير من الأحيان عكوس (Reversible) ، وله عواقب اجتماعية و عاطفية كبيرة. وعدد قليل من المرضى يتطوع بالإخبار بأنهم يواجهون مشاكل أو يطلبون علاج[٧].

إن سلس البول له تداعيات طبية مهمة ويرتبط مع قرحة استلقاء (Decubitus ulcers)، وتعفن الدم (Sepsis)، والفشل الكلوي (Renal failure)، والتهابات المسالك البولية (Urinary tract infections)، وزيادة معدل الوفيات. وتشمل الآثار النفسية والاجتماعية لسلس البول فقدان احترام الذات، وتقييد الأنشطة الاجتماعية والجنسية، والاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك فأن سلس البول غالباً ما يكون العامل الحاسم والرئيسي للدخول في دارلرعاية المسنين[١٨].

إن الخطوة الأولى في الفرز لسلس البول هي أن نسأل المريض إذا كان هو أو هي تعاني من أي مشاكل في هذا المجال. إن الإجابة بالإيجاب لكل من السؤالين المباشرين « هل سبق لك أن فقدت البول عندما كنت لا تريد ؟ وهل فقدت البول في على الأقل ستة أيام منفصلة ؟ هي فرز إيجابي (Positive screen) للسلس. وفي هذه الحالة فأنه من الضروري عمل المزيد من التقييم. الأدلة على سلس الإجهاد (Stress incontinence) ممكن الحصول عليها عن طريق أسئلة مثل «هل سبق لك أن فقدت البول عند السعال ، ممارسة الرياضة، رفع الأشياء، العطس أو الضحك ؟». ينبغي أن يشمل تقييم ل سلس البول تقييم وظائف الإدراك المعرفي وتناول السوائل والتنقل والآثار الدواء الجانبية وجراحة سابقة للمسالك البولية. كما ينبغي أن يركز الفحص الجسدي على الجهاز البولي التناسلي السفلي عند النساء و غدة البروستات عند الرجال. فحص المستقيم يمكن أن يحدد وجود انحشار البراز، وتحليل بسيط للبول يمكن أن يستخدم للكشف عن عدوى أو سكر البول (To screen for infection or glycosuria)[٧].

الجهاز العضلي العظمي Musculoskeletal System

يتم فحص المفاصل للألم عند اللمس (Tenderness) والتورم والخلع جزئي (Subluxation) وفرقعة (Crepitus)، الدفء والاحمرار وتشوهات أخرى قد تشير إلى عدة اضطرابات كما يلي :

- التهاب المفاصل(Osteoarthritis): عُقد هيبردين Heberdens node's (bony overgrowths at The Distal Interphalangeal Joints)
- التهاب المفاصل الروماتويدي المزمن (Chronic Rheumatoid Arthritis) : خلع جزئي في المفاصل السلامية مع الانحراف الزندي للأصابع .
- التهاب المفاصل الروماتويدي : تشوه رقبة البجعة (Swan-neck deformity)(تمدد مفرط مشتركة بين السلامية القريبة مع انثناء مشتركة بين السلامية البعيدة) والتشوه

العروة (boutonnière deformity) - تمدد مفرط مشتركة بين السلامية البعيدة مع انثناء مشتركة بين السلامية القريبة- هذه التشوهات قد تتداخل مع الحركة وأداء الأنشطة المعتادة.

وينبغي تحديد نطاق حركة المفصل سلبياً وايجابياً (Active and passive range of joint motion). وملاحظة وجود تقلص في العضلات (Contractures) . إن مقاومة الأطراف مختلفة المدى (Variable resistance to passive manipulation of the extremities) قد تحدث أحيانا مع التشيخ والهرم.

القدم Feet

إن تشخيص وعلاج مشاكل القدم ، والتي أصبحت شائعة مع الشيخوخة ، يساعد المسنين على الحفاظ على استقلالهم. تشمل النتائج الشائعة ذات الصلة بالتقدم بالعمر أروح إبهام القدم (hallux valgus)، وبروز المفصل الأول لمشط القدم مع الانحراف الأفقي والتفاف أصبع القدم الكبير (Medial prominence of the 1st metatarsal head with lateral deviation and rotation of the big toe)، والإنحراف الجانبي للمفصل الخامس لمشط القدم (Lateral deviation of the 5th metatarsal head). إصبع القدم المطرقة (Hammer toe) ومخلب القدم (Claw toe) قد تتداخل مع الحركة وأداء الأنشطة اليومية. إن تشوه أصبع القدم قد يكون نتيجة أحذية غير مناسبة أو سيئة أو من التهاب المفاصل الروماتويدي والسكري. وقد تشير مشاكل القدم أحياناً إلى اضطرابات أجهزه أخرى.

الجهاز العصبي Neurologic System

إن فحص الجهاز العصبي للمسنين مماثل لفحص البالغين ولكن قد يكون معقداً لوجود الاضطرابات غير العصبية (Non-neurologic disorders) الشائعة بين المسنين. فمثلاً ضعف السمع أو البصر يعرقل تقييم أعصاب الجمجمة أما التهاب حوائط المفصل (Periarthritis) في بعض المفاصل، خصوصا الكتفين والوركين، فقد يتداخل مع تقييم وظيفة الحركة (Motor function). إن العلامات المكتشفة أثناء الفحص يجب أخذها بعين الاعتبار في ضوء سن المريض والتاريخ المرضي والنتائج الأخرى. ويمكن أن يُلاحظ في المرضى المسنين وجود النتائج المتشابهة (Symmetric findings) غير مصحوبة بفقدان وظيفي وأعراض عصبية وعلامات أخرى. ويجب أن يقرر الأطباء ما إذا كانت هذه النتائج تبرر تقييم مفصل للتحقق من ضرر بالجهاز العصبي ويجب إعادة تقييم المرضى دورياً لإكتشاف تغييرات في الوظيفة و التناسق وأعراض جديدة.

يبدأ الفحص العصبي بالملاحظة الدقيقة للمسن وهو يدخل العيادة وتستمر الملاحظة أثناء أخذ التاريخ. ويلاحظ سرعة المسن والتوازن والتناسق ووضعية المشي أثناء توجه المسن إلى سرير الفحص. إن سلوك المسن وملابسه وإستجابته توفر معلومات حول المزاج والوضع الاجتماعي. إن اللغة والكلام الغير طبيعيين واضطرابات أخرى





في الحركة قد تكون واضحة قبل إجراء الفحص العصبي .

أعصاب الجمجمة Cranial nerves

قد يكون التقييم معقداً . غالبا ما يكون البؤبؤ صغيراً عند كبار السن ؛ وقد يكون انعكاس الضوء في البؤبؤ بطيئاً ، وتقلص استجابته لرؤية القريب أيضا تقل. ويكون تحديق النظر للأعلى وللأسفل محدوداً قليلاً. وأثناء تتبع إصبع الطبيب الفاحص خلال تقييم حقل البصر (visual fields) قد تكون حركات العين مرتجة وغير منتظمة (Jerky and irregular) . ظاهرة بيل (Bell's phenomenon) - منعكس حركة العينين للأعلى خلال غلقهما – تكون غائبة أحيانا. تحدث هذه التغيرات عادة مع التشيخ.

نقص و عجز السمع والبصر قد ينتج من اضطرابات في العيون والآذان وليس في طريق الأعصاب[٦].

الوظائف الحركية Motor function

يمكن تقييم المسنين للإرتعاش (tremor) خلال المصافحة وأثناء تحرك المسن بالعيادة. إذا أُكتشف الإرتعاش فيجب ملاحظة المدى والتردد ووقت وقوع الحدوث (أثناء الراحة أو مع العمل أو مع النية).

قوة العضلات Muscle strength

قد يبدو المسنين ضعفاء (Weak) أثناء الفحص الروتيني وبخاصة أولئك الذين لا يؤدون تمارين رياضية مقاومة بإنتظام (Resistance training regularly)، فمثلاً خلال الفحص البدني فأن الطبيب قد يُعدل (straighten) بسهولة كوع المسن بالرغم من جهد المسن للحفاظ على التقلص. إذا كان الضعف (Weakness) متماثل (Symmetric) ولا يزعج المسن ولم يغير وظيفته أو مستوى نشاطه فمن المرجح أن يكون غير مهم إكلينيكياً. تُقاس درجة قوة العضلات (Muscle tone) بثني ومد الكوع أو الركبة، وزيادة درجة قوة العضلات هو نتيجة فحص طبيعية لكبار السن ولكن الحركات التشنجية (Jerky movements) خلال الفحص وصلابة الدولاب (Cogwheel rigidity) هي حركات غير طبيعية. ومن نتائج الفحص الإكلينيكي المتعلقة بتقدم العمر والشائعة بين المسنين هو نقص كتلة العضلات (Sarcopenia) وهو غير مهم ما لم يرافقه تراجع أو تغيير في الأداء الوظيفي (مثلاً المسن لم يعد قادرا على النهوض من الكرسي دون الاستعانة بيد الكرسي). يؤثر نقص كتلة العضلات على عضلات اليد بالذات فضعف العضلات الباسطة للرسغ وللأصابع وللإبهام شائع بين المسنين مستخدمي الكراسي المتحركة لجرح العصب الكعبري (Radial nerve) نتيجة الضغط عليه من أعلى الذراع ضد مسند الكرسي . ويمكن فحص وظيفة الذراع من خلال جعل المسن يلتقط أي أداة من الأرض أو يلمس الجزء الخلفي من رأسه في كلتا يديه.

التوازن ومنع السقوط Balance and Fall prevention

إن اختلال التوازن عند كبار السن غالباً ما يظهر كسقوط والإصابات الناجمة عن السقوط. تقريباً ثلث المسنين الذين يعيشون في المجتمع يقعون مرة واحدة على الأقل في السنة، والعديد منهم يسقط عدة مرات. إن السقوط هو السبب الرئيسي لدخول المستشفى والوفيات الناجمة عن الإصابة في الأشخاص بعمر ٧٥ سنة وما فوق[١٨]. وكما ذُكر أعلاه (في الفصل الأول) فإن اختبار الوقوف والمشي الموقوت (Timed Up and Go test) هو أداة تشخيصية سريعة وموثوق بها . الأشخاص الذين لديهم صعوبة أو عدم الثبات عند أداء هذا الاختبار يحتاجون إلى مزيد من التقييم لتوضيح عاهات المشية والأداء الوظيفي المحدود ذا الصلة بالمشية. والإستراتيجية الأكثر فعالية لمنع السقوط تشمل تقييم العوامل المتعددة لاضطراب المشية وتليها التدخلات المستهدفة لتحديد العوامل المساهمة[٥٧] . كما أن اختبار رومبرغ (Romberg test) يستخدم لفحص التوازن والتحكم بوضعية الوقوف (Postural control test) عندما يتم إغلاق العينين. فعدم القدرة على الوقوف مع القدمين متقاربين والعيون مغلقة, يشير إلى ضعف الاحساس بالموضع في الأطراف السفلية (Impaired position sense).

التناسق Coordination

يُفحص وقت رد الفعل الحركي ووقت التنسيق، يزيد وقت رد الفعل في كثير من الأحيان مع التشيخ ويعود ذلك جزئياً إلى بطيء توصيل الإشارات على طول الأعصاب الطرفية. يقل التنسيق بسبب التغييرات في الآلية المركزية ، ولكن هذا الانخفاض عادة ما يكون طفيف ولا يضعف الوظيفة.

المشية والوقفة Gait and posture

ينبغي تقييم جميع عناصر المشية وهي الشروع بالمشي وطول وارتفاع وسعة الخطوة والتماثل والاستمرارية والإيقاع وسرعة المشية ووضعية المشي (Walking posture). ويجب أخذ الإحساس والعضلات والعظام والتحكم بالحركات والإنتباه (Sensation musculoskeletal and motor control& attention) بعين الإعتبار فجميعها ضرورية لإسقلالية المشية وتنسيقها. ويبين (جدول ١١) بعض أسباب اختلال المشية[٦].

إن نتائج الفحص التي تكون نتيجة التقدم الطبيعي في العمر تشمل ما يلي:-

- خطوات أقصر، ربما لأن عضلات الساق ضعيفة أو لضعف التوازن.
- انخفاض سرعة المشي (Gait velocity) لمن عمرهم أكثر من ٧٠ سنة لأن الخطوات أقصر.
- انخفاض الحركة في بعض المفاصل (eg، ankle plantar flexion just before the back foot lifts off، pelvic motion in the frontal and transverse planes)
- تغييرات طفيفة في وضعية المشية (مثلاً زيادة دوران الحوض للأسفل قد يكون بسبب زيادة دهون البطن وضعف عضلات البطن وضيق العضلات القابضة في الفخذ. للتشيخ





تأثير طفيف على إيقاع المشي أو الوضعية فعادة يمشي المسن منتصبا ما لم يكن هناك اضطراب ما .

وعموماً يتم تقييم التوازن أثناء الوقوف أو السيطرة على الوقوف (Postural control) باستخدام فحص رومبيرغ (Romberg's test) وهو مؤشر على فقدان الشعور بالوقوف حيث يفقد المسن توازنه عندما يقف مستقيماً وقدماه متلاصقتين وعيناه مغلقتين). وقد تضعف السيطرة على وضع الوقوف مع التشيخ ويزيد التمايل الوضعي (postural sway) (حركة في مستوى الأمامي الخلفي Anteroposterior plane) بينما يبقى المريض واقفاً مستقيماً بسكون[٦].

جدول ١١: أسباب اختلال المشية[٦]

Some Causes of Gait Dysfunction

Problems	Possible Causes
Pain، weakness، and numbness during walking and lessens during sitting	Spinal stenosis
Difficulty initiating walking	Frontal or subcortical disorders Isolated gait initiation failure Parkinson›s disease
Trunk instability (eg، sway)	Arthritis in the hips or knees Cerebellar، subcortical، or basal ganglia dysfunction
Leaning forward during walking	Osteoporosis with kyphosis Focal neurologic deficit
Step asymmetry	Pain or weakness in one leg Unilateral musculoskeletal deficit
Step discontinuity	Fear of falling Frontal disorder
Step length or height abnormalities	Arthritis Foot problem Stroke
Stride width abnormalities	Cerebellar disorders Hip disorders Normal-pressure hydrocephalus

المنعكسات/ ردود الفعل Reflexes

يتم فحص المنعكسات الوترية العميقة (Deep tendon reflexes) وعادة ما يكون للشيخوخة تأثيراً طفيفاً عليها. وتوضيح منعكس وتر العرقوب (Achilles tendon reflex) قد يتطلب تقنيات خاصة (مثلاً فحص ركوع المسن على قدميه على حافة السرير بينما تكون يديه متشابكة) وهذا المنعكس عند حوالي نصف المسنين لذا فنقصه أو غيابه قد يكون طبيعياً ويحدث بسبب انخفاض مرونة الوتر والبطء بالتوصيل العصبي للقوس المنعكس الطويل (Tendon›s long reflex arc). إن ردود الفعل غير المتناظر لوتر العرقوب قد يشير إلى عرق النسا (Asymmetric Achilles tendon reflexes may indicate sciatica).

الإحساس Sensation

يشمل تقييم الإحساس اللمس (باستخدام فحص وخز الجلد)، والوظيفة الحسية لقشرة الدماغ (Cortical sensory function) والإحساس بدرجة الحرارة وبوضع الجسم والمفاصل (Proprioception) وفحص الإحساس بالاهتزاز (Vibration sense testing). إن للشيخوخة أثاراً محدودة على الإحساس. إن العديد من المسنين يشكون من الخدر (Numbness) وخاصة بالقدمين وهو ممكن أن ينجم عن إنخفاض حجم ألياف الأعصاب الطرفية ومع ذلك يجب فحص من لديهم خدر لإعتلال الأعصاب الطرفية (Peripheral neuropathies) وقد لا يكون ممكناً تحديد أي سبب للخدر للعديد من المسنين. يفقد العديد من كبار السن الإحساس الاهتزازي (Vibratory sensation) تحت الركبتين لتغير الأوعية الدموية الصغيرة في العمود الخلفي للحبل الشوكي ومع ذلك لا يتأثر الإحساس بوضع الجسم.

الحالة العقلية Mental status

لقد تمت الإشارة في الفصل الأول بإن الاكتشاف والتشخيص المبكر لاضطراب الذاكرة والخرف يساعد الأطباء على تحديد المرضى الذين قد يستفيدون من العلاج الدوائي في الوقت المناسب بالإضافة إلى تحديد من هم في حاجة إلى دعم إضافي، كما يساعد الأسر في توقع احتياجات المريض والاستعداد للمستقبل[١٨،٢٥]. ويمكن أن يساعد أيضا في تدبر الأعراض الأخرى التي غالبا ما تصاحب المراحل المبكرة من الخرف مثل الاكتئاب والتهيج وحدة الطبع. ويتم تشخيص ٥٠٪ فقط من حالات الخرف من قبل الأطباء[١٨].

قد يكون الوعي (Orientation) طبيعيا لدى العديد من المرضى المصابين بالخرف أو الاضطرابات المعرفية الأخرى (Dementia or other cognitive disorders). ولذلك قد يتطلب التقييم طرح أسئلة تكتشف الوعي الغير طبيعي والحكم، والحسابات، والكلام واللغة والتطبيق العملي، والوظيفة التنفيذية، أو الذاكرة بالإضافة إلى الوعي. ولا يمكن أن يُعزى عدم كون هذه المجالات طبيعية إلى التشيخ فقط، وإذا تم ملاحظة علامات غير طبيعية فيجب أداء المزيد من التقييم. قد تتأخر معالجة المعلومات واسترجاع الذاكرة (Information processing and memory retrieval) مع التقدم بالعمر ولكنه في الأساس غير تالف وإتاحة وقت إضافي للمسنين سيجعلهم يتذكروا بشكل مُرضي (إلا إذا كان يوجد خلل عصبي).

إن فحص الحالة العقلية مهم جداً ويعمل لكل مسن لدية تغير في الحالة العقلية أو اضطراب أو في نقص الإدراك سواءاً كان حاداً أو مزمناً. والفحص عبارة عن تقييم للقدرة العقلية الحالية من خلال تقييم المظهر العام والتصرف وأي أفكار غير طبيعية أو مضطربة (مثل الهذيان Delusions -والهلوسة-Hallucinations) والمزاج (Mood) وجميع نواحي وظيفة الإدراك (Cognitive function) مثل التوجية والأنتباه والتركيز والذاكرة(eg, orientation; attention, concentration and memory) بأستخدام معايير تشخيصية متفق عليها وثابتة في تقييم إذا ما كان المسن لديه مشاكل في الذاكرة[٦].

بما أن الفحص هو لوظيفة الإدراك لذا يجب على الطبيب في بداية الفحص أن يتأكد من أن المسن منتبه ويقظ (Attentive) مثلاً بأن يسأل المسن أن يردد حالاً ثلاث كلمات فالاستمرار بفحص مسن غير مدرك (Inattentive patient) ليس له جدوى. يوضح (جدول ١٢) محاور فحص وظيفة الأدراك[٦].

جدول ١٢ : محاور فحص وظيفة الادراك (Parameters of cognitive function)[٦] :

الوعي Orientation	يُفحص ثلاثة أبعاد للوعي: - الشخص (ما أسمك؟) - الزمان (ما هو اليوم؟) - المكان (ما أسم هذا المكان؟)
الذاكرة القصيرة المدى Short-term memory	أذكر ثلاثة أشياء وأطلب من المسن أن يتذكرها ويقولها بعد ثلاثة دقائق.
الذاكرة البعيدة المدى Long-term memory	اسأل المسن أسئلة تتعلق بالماضي مثلاً ما لون أول سيارة أشتريتها؟ ما أسم المستشفى الذي ولدتِ بها أول طفل لك؟
الحساب Math	اسأل المسن أي أختبار سهل في الحساب. مثلاً الفحص الشائع هو تسلسل طرح الرقم(٧)فيطلب من المسن أن يبدأ بالرقم(١٠٠) ويطرح منه (٧) ثم يطرح (٧) من (٩٣) وهكذا. والبديل لهذا الأختبار هو سؤال المريض كم هللة في ريال وثلث (١،٣) ريال.
العثور على كلمة Word finding	أطلب من المسن أن يُسمي قدر ما يستطيع من الأشياء من فئة واحدة مثلاً مقالة عن الملابس أو الحيوانات خلال دقيقة واحدة.

التركيز Concentration	أطلب من المسن تهجئة كلمة مكونة من (٥) حروف من أول حرف إلى الأخير ثم بالعكس من أخر حرف إلى الأول. الكلمةالأكثر استخداماً بالانجليزي هي « World /العالم».
تسمية أشياء Naming objects	أطلب من المسن تسمية أشياء تعرضها له مثل قلم أو كتاب أو مسطرة.
أتباع الأوامر Following comman	أبدأ بطلب أمر واحد (1 - step command) مثلاً «ألمس أنفك بيدك اليمنى» ثم أعطي أمربثلاث طلبات (3 - step command) مثلاً خذ هذه الورقة بيدك اليمنى وأطويها إلى نصفين وضعها على الأرض»
الكتابة Writing	أطلب من المسن أن يكتب جملة تحتوي على فعل وفاعل ولها معنى. يجب تجاهل الأخطاء الإملائية.
التوجه المكاني Spatial orientation	اطلب من المسن رسم منزل أو ساعة تحدد ذراعيها وقت معين أو أطلب من المسن رسم شكل مضلعين خماسيين متقاطعين(Intersecting 2 .(pentagons
التفكير المجرد Abstract reasoning	أطلب من المسن يعُرف ماهو مختلف ومتجانس من ثلاث أو اربع كائنات (مثلاً جميعها فاكهة أو جميعها وسائل نقل). أطلب من المسن تفسير معنى مثل شعبي يحتاج إلى بعض التفكير مثلاً «الذي يسكن في بيت زجاج يجب ان لا يرمي الحجارة».
الحكم Judgment	اسأل المسن عن وضع أفتراضي يتطلب التصرف بحكمة مثلاً «ماذا ستفعل إذا وجدت على الطريق رسالة عليها طابع بريد» الجواب الصحيح هو وضعها في صندوق البريد ، اما فتح الرسالة فيدل على وجود اضطراب في الشخصية.

وحيث أن فحص الحالة العقلية يشعر المسن بالضيق لذا يجب طمأنة المسن بإخباره بأن هذا الفحص هو فحص روتيني لكل المرضى ويجب ان لا يشعروا بالإحراج أوالإنزعاج بعمله لهم. كما يجب عمل الفحص في غرفة هادئة ويتم كجزء من الفحص الشامل بواسطة الطبيب الراعي للمريض المعروف لدى المريض وتربطه به علاقة المريض- الطبيب جيدة والذي يتواصل ويتحدث معه بأستمرار خلال مراجعاته الطبية السابقة ويجب الطبيب الفاحص التأكد من أن المسن يسمع الأسئلة بوضوح فإعاقة السمع التي تمنع المسن من سماع الأسئلة وفهمها قد تُبرر بالخطأ أنها بسبب ضعف الإدراك. وممكن للمسنين الذين لديهم اضطراب في الكلام أو اللغة (مثلاُ الخرس وصعوبة التلفظ وتعذر الكلام والحبسة/ فقد القدرة على الكلام Mutism,dysarthria,speech,apraxia,aphasia بما أن الفحص هو لوظيفة الإدراك لذا يجب على الطبيب في بداية الفحص أن يتأكد من أن المسن منتبه ويقظ (Attentive) مثلاً بأن يسأل المسن أن يردد حالاً ثلاث كلمات فالأستمرار بفحص مسن غير مدرك (Inattentive patient) ليس له جدوى[٦].

تقييم وتشخيص الخرف/ العته عند كبار السن:

الخرف هو مشكلة صحية شائعة بين المسنين وهو عبارة عن اضطراب الصحة العقلية في سن الشيخوخة ويترافق هذا مع التغيرات الجسدية في المخ. إن مصطلح « الخرف» ينطبق على ضعف شامل لوظائف الدماغ العليا، بما في ذلك الذاكرة، والمهارات الاجتماعية، والاستجابات العاطفية وقدرة حل المشكلات (The term dementia applies to global impairment of higher cerebral functions, including memory, social skills, emotional responses and problem solving ability). إن مدى الإضطراب ، وبالتالي مدى الخدمات اللازمة لهذه الفئة من الناس هي واسعة تشمل خدمات التشخيص الأولي والمساعدة في التكيف مع التشخيص من خلال الرعاية التلطفية ورعاية أخر العمر[٦].

وأسباب الخرف تشمل مرض الزهايمر (Alzheimer's disease) و الخرف الوعائي (Vascular dementia). أعراض الخرف أو سبب الصورة الإكلينيكية المحتملة تشمل ما يلي:

- يتقدم مع مشاكل في الذاكرة Presenting with memory problems
- تغيرات في المزاج Mood changes
- انخفاض مهارات التفكير Reduced reasoning skills
- انخفاض مهارات الاتصال Reduced communication skills
- مخاوف راعي المسن Concerns from caregiver
- سلوك ينطوي على مخاطر التسبب في خطر على النفس أو الأخرين Risky behavior causing risk to self or others.

الحالة التغذوية Nutritional status

إن التشيخ يغير تفسير قياسات كثيرة لتقييم الوضع التغذوي في الشباب فمثلاً تغير الطول و الوزن يمكن أن تعكس التغيرات في التغذية وتوازن السوائل أو كليهما. وكذلك تتغير نسبة كتلة العضلات بالجسم إلى نسبة الدهون (Proportion of lean body mass and body fat). وبالرغم من هذه التغيرات المرتبطة بالعمر فإن مؤشر كتلة الجسم (BMI) لا يزال مفيداً في المسنين. ويتم تحديد حدوث تغير في مؤشر كتلة الجسم أو خلل في تاريخ التغذية (مثلاً فقدان الوزن واشتباه تقص في العناصر الغذائية الأساسية) من خلال تقييم غذائي شامل بما في ذلك الفحوصات المخبرية[٦].

بالرغم من أن سوء التغذية ونقص التغذية هي مشاكل شائعة لدى المسنين إلا انه في كثير من الأحيان يُغفل عنها. المرضى المسنين الذين يعانون من خطورة في الحالة الغذائية قد تتطلب التنويم في المستشفى لفترة طويلة وتسبب حدوث مضاعفات. إن أداة «فرز الصحة الغذائية » هي أداة فرز فحص التغذية للمسنين وهي أداة سهلة التطبيق من قبل المهني مقدم الرعاية الصحية أو أحد أفراد أسرة المسن، وربما تساعد في منع مشاكل التغذية لدى المرضى المعرضين للخطر. يوصي فريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكي(USPSTF)بتشجيع تفريش الأسنان المنتظم واستعمال الخيط السني وزيارة طبيب الأسنان لما لها من فوائد مهمة لصحة كبار السن[٧].

النقاط الرئيسية للفحص البدني Key Points

- يمكن الحصول على معلومات قيمة عن الوضع الوظيفي للمسن من خلال مراقبته.
- ينبغي أن يشمل الفحص البدني جميع الأجهزة ، ولا سيما الحالة العقلية ، وربما تتطلب جلستين[٦].

التقييم الشامل للمسنين
Comprehensive Geriatric Assessment

التقييم الشامل للمسنين هو عملية تشخيص متعددة الأبعاد لتحديد القدرات الطبية والنفسية والوظيفية للمسنين من أجل وضع خطة منسقة ومتكاملة للعلاج و المتابعة طويلة الأمد[٣٥].

It is a multidimensional, interdisciplinary diagnostic process to determine the medical، psychological, and functional capabilities of the elderly to develop a coordinated and .integrated plan for treatment and long-term follow-up

التقييم الشامل للمسنين يمكن أن يحدد بشكل خاص وكامل القدرة الوظيفية والإدراكية والدعم الاجتماعي والوضع المالي والعوامل البيئية بالإضافة إلى الصحة البدنية والعقلية للمسنين. ومن الناحية المثالية فالفحص الروتيني والعادي للمسنين يتضمن دمج عدة جوانب من التقييم الشامل لهم مما يجعل هذين النهجين (الفحص العادي والتقييم الشامل) متشابهين جداً. تترافق نتائج التقييم مع تدخلات مصممه بشكل فردي (مثلاً إعادة التأهيل، والتعليم، يؤكد نوعية الحياة والوضع الوظيفي وتقدم المرض والمردود والتي تستلزم وتقديم





المشورة، والخدمات الداعمة)[٣٨] .

ويمكن استخدام العديد من الإستراتيجيات لجلب جوانب تقييم الشيخوخة ضمن رعاية المسنين على الرغم من حواجز الوقت والتعويض التي تواجه طبيب الرعاية الصحية الأولية وغيرهم ممن يرعى كبار السن. وفي نفس الوقت يمكن للمهنيين العاملين بشكل فردي التوصل إلى نفس توصيات العمل كفريق متعدد التخصصات يستهدف التدخل بمشاكل معينة. لقد بلغ تقييم المسنين مرحلة من التطور بحيث أصبح دمجه في عمل وممارسات الأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين عملي. إن استخدام إمكانيات التقييم المحوسب ممكن أن يسهل دمج مكونات تقييم المسنين في نظام ومجال الرعاية[٣٢] . وبينما يتم دمج تقييم التشخيص الطبي المعياري (Standard medical diagnostic evaluation) مع التقييم الشامل للمسنين فأنه عمل أكثر عمقا واتساعاً. لذا فالصفة الرئيسية للتقييم الشامل للمسنين هي توظيف فريق متعدد التخصصات واستخدام عدد من الأدوات الموحدة لتقييم جوانب أداء المسن الوظيفي والعاهات والدعم الاجتماعي[٣٥] .

كما أن التقييم الشامل للمسنين يكون أكثر نجاحاً عندما يتم تنفيذه بواسطة فريق رعاية المسنين متعدد التخصصات (الفريق المثالي يشمل أخصائي طب شيخوخة وممرضة وأخصائية اجتماعية وصيدلاني). وعادة ما يتم القيام به في العيادات الخارجية. ولكن المسنين الذين يعانون من العاهات الجسدية أو العقلية والمصابين بأمراض مزمنة قد يتطلب عمل تقييم المرضى الداخليين[٦] .

ويطبق حالياً التقييم الشامل للمسنين عالمياً وأصبح له مكانه أساسية في نظام رعاية المسنين لرعايتهم وتقيمهم وعلاجهم ومتابعتهم بالعيادات الخارجية وأثناء التنويم بالمستشفيات وليس فقط عند الدخول إلى مؤسسات الرعاية طويلة الامد[٣٨] .

وبالرغم من كون التقييم الشامل للمسنين يحتاج إلى تدريب، إلا أن إتباع نهج منظم للتقييم مع مرور الوقت يساعد الطبيب بأن يغطي الجوانب المهمة و يجب ربط نتائج التقييم الشامل للمسنين بخطة علاج كافية. ولأن القيم والظروف تختلف من مريض لآخر ومن عائلة إلى أخرى لذا لا يمكن تقديم توصيات معينة مبنية على مجموعة من نتائج تقييم المسنين، ولكن أبعاد التقييم يجب أن تترابط بشكل شامل بواسطة الطبيب من اجل تقييم مضبوط لكبار السن سواءاً كان عمل ذلك التقييم في الرعاية الصحية الأولية أو في المستشفيات أو في المنزل أو في دور رعاية المسنين. فالمهم هو أن يستخدم الأطباء أدوات تقييم المسنين في الفحص الروتيني وبشكل صحيح لكي يساهم هذا التقييم في تقديم رعاية منظمة وفعالة للمسنين[٦] .

أهداف التقييم الشامل للمسنين تشمل[٣٢،٣٥]

١ - تحسين الرعاية	Improve care
٢ - تحسين دقة التشخيص	Improve diagnostic accuracy
٣ - تحسين العلاج الطبي	Improve medical treatment
٤ - تحسين مردود الرعاية	Improve outcomes of care
٥ - تحسين الأداء الوظيفي	Improve functional status
٦ - تحسين نوعية الحياة	Better quality of life
٧ - خفض معدل الوفيات	Reduce mortality rate

٨ - خفض تكاليف الرعاية — Contain costs of care

٩ - زيادة الرضا عن الرعاية — Greater satisfaction with care

١٠ - التنسيق لرعاية بعيدة المدى — Arrange for long-term case management

١١ - إطالة فترة العيش بالمنزل و المجتمع — Prolong tenure in the home/community

١٢ - خفض استخدام دور رعاية المسنين والرعاية بالمستشفيات
Decreased use of nursing homes and hospitals care

المجالات الرئيسية للتقييم الشامل للمسنين
Principle Assessment Domains

القدرة الوظيفية Functional ability

يتم تقييم القدرة على القيام بأنشطة الحياة اليومية (ADLs) الذي يشمل تقييم أنشطة الحياة اليومية (ADLs) وتشمل تناول الطعام ولبس الملابس والاستحمام والتنقل بين السرير والكرسي واستخدام المرحاض والسيطرة على المثانة والأمعاء. كما يشمل تقييم القدرة الوظيفية تقييم أنشطة الحياة اليومية باستخدام الأدوات (IADLs) والذي يتضمن تقييم قدرة المسنين علي العيش في إستقلالية وتشمل إعداد وجبات الطعام والقيام بالأعمال المنزلية وأخذ الدواء والإستمرار في أداء الأنشطة الشخصية وإدارة الشؤون المالية الخاصة به واستخدام الهاتف.

الصحة البدنية Physical health

يجب أن يشمل التاريخ المرضي والفحص البدني المشاكل الشائعة بين المسنين (مثلاً مشاكل في السمع والبصر والتحكم بالتبول والمشية والتوازن).

الإدراك والصحة العقلية Cognition and mental health

وكما ذُكر أعلاه فأنه يوجد عدة فحوصات فرز وتقييم معيارية (screening tests) لتقييم الإدراك والإكتئاب . هناك العديد من أدوات التقييم المعيارية للحالة العقلية لفحص الإدراك وتقييم الخرف مثل فحص الإدراك المختصر (cog test Mini-cognition test – Mini)[١٠، ١٨، ٣٦، ٣٧،٥٥، ٦٠] وفحص تقييم الحالة العقلية المختصر (MMSE)[٦، ٧، ٢٥، ٣٥] والذي عند استخدامه يجب تسجيل النتائج الأولية ويعاد الفحص سنوياً وكلما شك الطبيب بتغير الحالة العقلية للمسن[٦، ٣٥] .
وكما ذُكر أعلاه (في الفصل الأول) فأن فحص Mini-Cog هو المفضل في مجال الرعاية الصحية الأولية١٠، ٣٧ وهو مثالي للاستخدام في مراكز الرعاية الصحية الأولية حتى لو كانت مزدحمة[١٠، ١٨، ٣٦،٣٧، ٥٥، ٦٠].
وحيث أن الاكتئاب قد يظهر بصورة إكلينيكية تشبه الخرف فأن فحص الحالة العقلية بالإضافة إلى فحص الإدراك وتقييم الخرف يتضمن أيضاً تقييم الاكتئاب باستخدام مقياس الاكتئاب لدى المسنين (GDS)[٥] .

الوضع الاجتماعي والبيئة Socio-environmental situation

يتم تحديد شبكة تفاعل المسن الاجتماعية (الأهل والجيران والأصدقاء) والموارد المتاحة للدعم الاجتماعي والاحتياجات الخاصة والبيئة وسلامة المنزل وراحة المسن، وغالباً ما

يتم التقييم من قبل ممرضة أو أخصائية إجتماعية، وهذه العوامل تؤثر على نهج العلاج المستخدم.

إن استخدام أدوات معيارية يجعل تقييم هذه المجالات ذات وثوق وكفاءة أكثر (Standardized instruments make evaluation of these domains more reliable and efficient).

كما أنها تسهل نقل المعلومات الإكلينيكية بين الممارسين في الرعاية الصحية ورصد التغيرات في حالة المسن مع مرور الوقت.

جدول ١٣: بعض الأدوات المعيارية لتقييم المسنين[٦].

A Geriatric Assessment Instrument

Domain	Item
Daily functional ability	Degree of difficulty eating، dressing، bathing، transferring between bed and chair، using the toilet، and controlling bladder and bowel Degree of difficulty preparing meals، doing housework، taking drugs، going on errands (eg، shopping)، managing finances، and using telephone
Assistive devices	Use of personal devices (eg، cane، walker، wheelchair، O2) Use of environmental devices (eg، grab bars، shower bench، hospital bed)
Caregivers	Use of paid caregivers (eg، nurses، aides) Use of unpaid caregivers (eg، family members، volunteers)
Drugs	Name of prescription drugs used Name of nonprescription drugs used
Nutrition	Height، weight ، Stability of weight (Has the patient lost 4.54 kg in the past 6 mo without trying?)
Preventive measures	Regularity of BP measurements، guaiac test for occult blood in stool، sigmoidoscopy، immunizations (influenza، pneumococcal، tetanus)، thyroid-stimulating hormone assessment، and dental care Intake of calcium and vitamin D Regularity of exercise Use of smoke detectors





Daily functional ability	Degree of difficulty eating، dressing، bathing، transferring between bed and chair، using the toilet، and controlling bladder and bowel Degree of difficulty preparing meals، doing housework، taking drugs، going on errands (eg، shopping)، managing finances، and using telephone
Assistive devices	Use of personal devices (eg، cane، walker، wheelchair، O2) Use of environmental devices (eg، grab bars، shower bench، hospital bed)
Caregivers	Use of paid caregivers (eg، nurses، aides) Use of unpaid caregivers (eg، family members، volunteers)
Drugs	Name of prescription drugs used Name of nonprescription drugs used
Nutrition	Height، weight ، Stability of weight (Has the patient lost 4.54 kg in the past 6 mo without trying?)
Preventive measures	Regularity of BP measurements، guaiac test for occult blood in stool، sigmoidoscopy، immunizations (influenza، pneumococcal، tetanus)، thyroid-stimulating hormone

الفصل الرابع

تشيخ السكان عالمياً وإقليماً ومحلياً

Global, Regional and Local Ageing

متى تبدأ الشيخوخة؟ How Old is Older ?

إن تشيخ السكان (Population ageing) هو أحد أعظم إنتصارات الإنسانية كما أنه أحد أعظم التحديات[٢]. تشيخ السكان (المعروف أيضاً بإسم الشيخوخة الديموغرافية - Demographic aging، وشيخوخة السكان- Ageing of population) هومصطلح يلخص التحولات في التوزيع العمري (أي التركيب العمري) للسكان نحو الأعمار الأكبرسناً[٣٩].

هناك عدة آراء متى تبدأ مرحلة الشيخوخة ومتى يوصف الأشخاص بأنهم «مسنين» أو «كبار السن» ، فمنظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة تعتبر أن الشيخوخة تبدأ عند عمر «٦٠ سنة» [٢،١] بينما إستخدم مكتب الإحصاء السكاني الأمريكي عمر «٦٥ سنة»[٤٠،١] لتحديد بداية «مرحلة الشيخوخة». واستخدم في هذا الدليل تعريف منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة لبداية مرحلة لشيخوخة وهو عمر «٦٠ سنة»[١،٢].

إن الشيخوخة هي عملية فردية للغاية، والعمر الزمني (Chronologic age) غير كافٍ لتقدير العمر المتوقع بلوغه وقدرات الفرد الوظيفية المدخرة (individual life expectancy and functional reserve). وترتبط الشيخوخة بنضوب تدريجي لإحتياطي الوظائف لعدة أعضاء وأجهزة في الجسم وزيادة معدل انتشار الحالات المرضية المشتركة (Co-morbid conditions) وتضاؤل الموارد الإجتماعية والإقتصادية في الوقت الذي تشتد فيه الحاجة إليها[٤٠].

وقد يبدو سن «٦٠ سنة» صغيراً في العالم المتقدم والبلدان النامية التي حدث فيها معظم الإكتساب في متوسط العمر المتوقع، ولكن أياً كان السن المستخدم فمن المهم إدراك أن العمر الزمني ليس مؤشراً دقيقاً للتغيرات التي تصاحب الشيخوخة فهناك تباين كبير للوضع الصحي والمشاركة ومستويات الاستقلال بين كبار السن من نفس العمر. ويجب أخذ هذا بعين الاعتبار عند وضع السياسات والبرامج للسكان «كبار السن» فسن السياسات الاجتماعية واسعة النطاق اعتماداً على العمر الزمني فقط ممكن أن تكون تمييزية وتؤدي إلى نتائج عكسية لرفاه المسنين[١]. وتُصنف مرحلة الشيخوخة إلى ثلاثة مراحل أو فئات عمرية تشمل :-

١- مرحلة المسن الشاب تبدأ بعمر ٦٥-٧٤ سنة (Young old : 65-74 years)

٢- مرحلة المسن الكهل تبدأ بعمر ٧٥-٨٤سنة، (Old old : 75-84 years)

٣- مرحلة المسن الكبير/ الهرم : تبدأ بعمر ٨٥سنة و ما فوق (Oldest old : > 85 years)[٤٠].

وهناك اختلاف متى تبدأ مرحلة المسن الكبير، فالأمم المتحدة تعتبر أن هذه المرحلة من العمر تبدأ عند العمر٨٠سنة[١] أو ٨٥ سنة[٤٠]. وهذا التصنيف مفيد للدراسات السكانية




مثل انتشار الاعتلال المشترك وزيادة الاعتماد على الغير تزيد تدريجيا مع التقدم في العمر ولكن هذا التصنيف لا يفيد في التدبر الفردي للمريض[٤٠].

التحول الديموغرافى و تشيخ العالم
Demographic Revolution and Global Ageing:

قال كوفي عنان - الأمين العام السابق للأمم المتحدة - لدى إعلان السنة الدولية لكبار السن في ١ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٩م «نحن في خضم ثورة صامتة تتجاوز إلى حد كبير المسائل السكانية، وتترتب عليها أثار رئيسية اقتصادية واجتماعية وثقافية ونفسية وروحية»[١] .

إن تشيخ السكان هو النسبة المئوية للمسنين(٦٠سنة وما فوق) إلى الأطفال أقل من ١٥ سنة)[٢]. وهو نتيجة «التحول الديموغرافي»[١١] الذي يشهده العالم مصحوباً بنمو سكاني سريع . ويعتبر المجتمع مسن نسبيا عندما تكون نسبة السكان الذين أعمارهم أكثر من ٦٥ سنه ومافوق ٨-١٠٪ أو أكثر[٣٩]. وقد أورد تقرير شعبة السكان في الأمم المتحدة للجمعية العالمية للشيخوخة عام ٢٠٠٢م (والصادر بعنوان تشيخ سكان العالـم ١٩٥٠–٢٠٥٠ م) وصفاً للاتجاهات العالمية في شيخوخة السكان يتضمن سلسلة من المؤشرات لعملية الشيخوخة حيث يبين التقرير النتائج الأربع الرئيسية الآتية:

١ - التشيخ الراهن للسكان غير مسبوق، إذ لا نظير له في تاريخ البشرية وسيشهد القرن الواحد والعشرين تشيخ أسرع من القرن السابق.

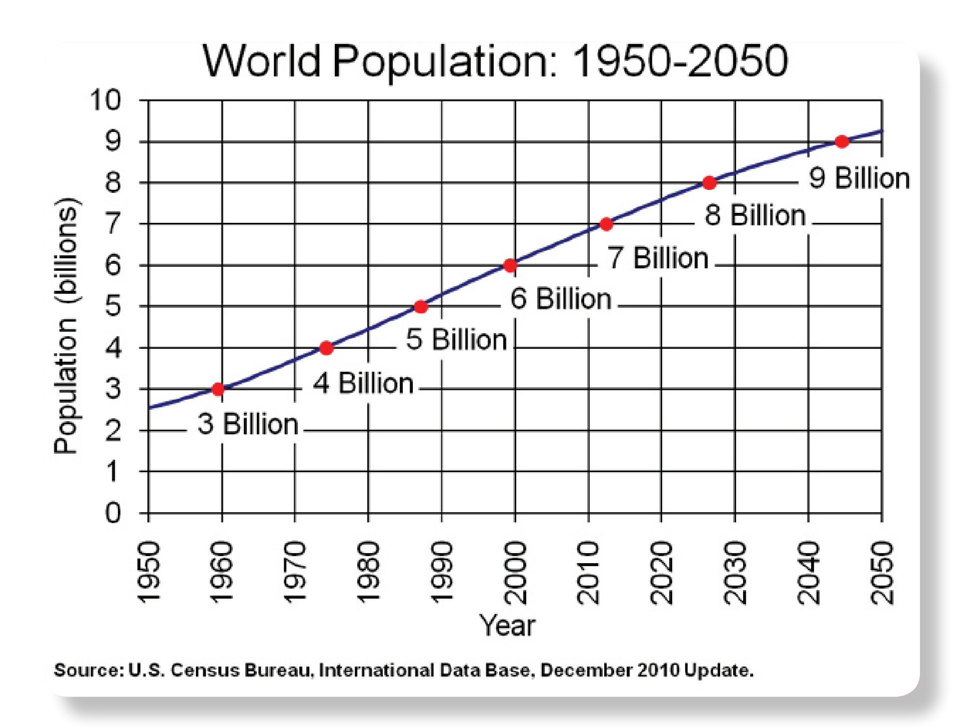
٢ - تشيخ السكان منتشر وهو ظاهرة عالمية تؤثر على كل رجل وامرأة وطفل ولكن بلدان العالم في مراحل مختلفة من عملية التشيخ.

- تشيخ السكان دائم فليس هناك دعوة إلى تعود إلى السكان الشباب الذي عرفه أسلافنا.
- تشيخ السكان له آثار عميقة على العديد جوانب الحياة البشرية[٤١].

لقد نما عدد سكان العالم في الفترة ١٩٥٠-٢٠٥٠م ، فمن (٢,٦ مليار) نسمة في عام ١٩٥٠ تضاعف إلى (٦ مليار) نسمة في عام ٢٠٠٠م ، ومن المتوقع أن يستمر النمو السكاني إلى (٨ مليار) نسمة وإلى (٩,٣ مليار) نسمة بحلول ٢٠٢٥م و٢٠٥٠م على التوالي[١١،٤٢] (شكل ١٦)[٤٢] .



شكل ١٦ : نمو سكان العالم خلال الفترة ١٩٥٠-٢٠٥٠ م[٤٢]



Source: U.S. Census Bureau, International Data Base, December 2010 Update.

إن ديموغرافية السكان والتركيبة العمرية للسكان - أي نسبة الأطفال والبالغين اليافعين والبالغين في منتصف العمر وكبار السن في أي بلد - يشكل عنصراً هاما لصانعي السياسات يجب أخذه بعين الاعتبار[٢]. إن السبب الرئيسي لتشيخ السكان هو انخفاض معدل الخصوبة[١١].وقد رصدت مؤشرات الإحصائيات السكانية لمنظمة الصحة العالمية انخفاضاً حاداً في معدلات الخصوبة بجميع أنحاء العالم. فقد وصلت (٧٠) دولة إلى معدلات خصوبة كلية دون مستوى الإحلال (متوسط معدل الخصوبة ٢,١ طفل/امرأة) في عام ٢٠٠٠م وبحلول عام ٢٠٢٥م يتوقع أن تصل (١٢٠) بلداً إلى هذا المعدل وهي زيادة كبيرة بالمقارنة مع عام ١٩٧٥م عندما كانت (٢٢) دولة فقط لديها هذا المعدل[٢]. ويتوقع أن ينخفض معدل خصوبة العالم من (٥ طفل/امرأة) في عام ١٩٥٠م إلى (٢,١طفل/امرأة) في عام ٢٠٥٠م. ويصاحب هذا الانخفاض توقعات بانخفاض نسبة الأطفال بمقدار الثلث من (٣٠٪) إلى (٢١٪) بين عامي ٢٠٠٠م و ٢٠٥٠م[١].

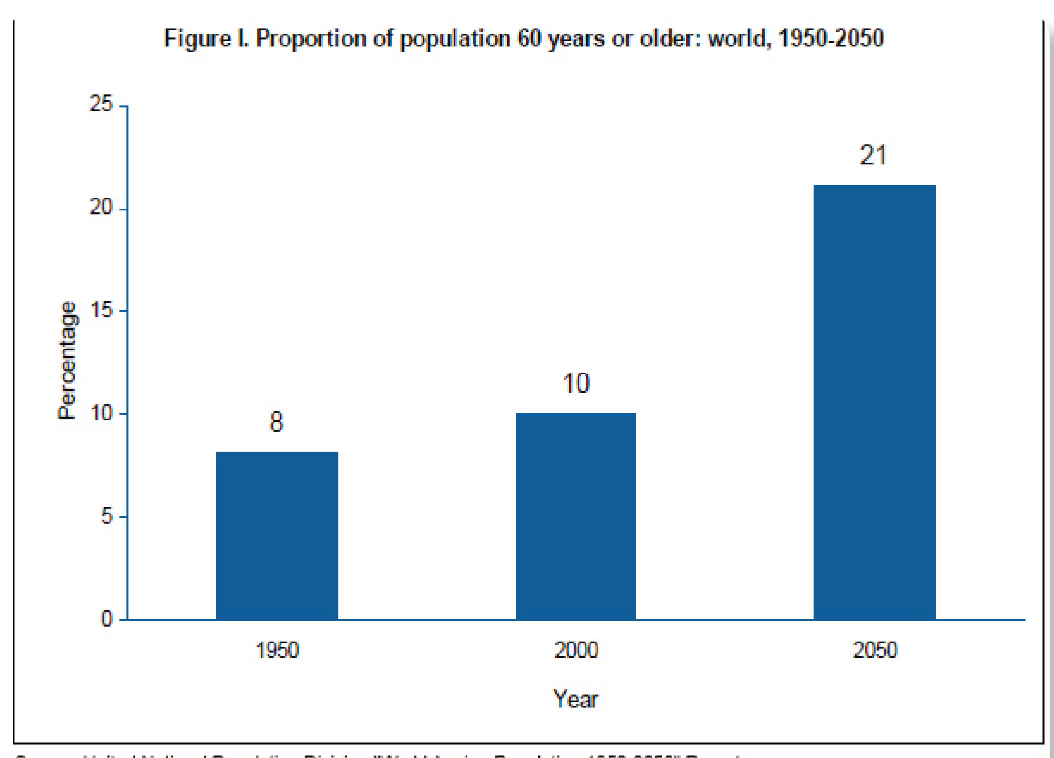
شهد القرن العشرين ثورة في طول العمر/ التعمير (Revolution in longevity)، وهذا نصر ديموغرافي (Demogrphic triumph) تمثل في إرتفاع متوسط العمر المتوقع في العديد من مناطق العالم الذي صاحب انخفاض معدل الخصوبة، فقد ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة (٢٠ سنة) منذ عام ١٩٥٠م ليصل إلى ٦٦ سنة في عام ٢٠٠٠م ومن المتوقع أن يزداد عشر سنوات أخرى بحلول عام ٢٠٥٠م. ويوضح (جدول١٤) معدل الخصوبة ومأمول الحياة عند الولادة عالمياً وإقليمياً ومحلياً في الفترة (١٩٥٠-٢٠٥٠م) حسب توقعات الأمم المتحدة لإحصائيات تشيخ سكان العالم في عام ٢٠٠١م[٣].

جدول ١٤: معدل الخصوبة ومأمول الحياة عند الولادة عالمياً وإقليمياً ومحلياً (١٩٥٠-٢٠٥٠م)[٣٠]:

الفترة الزمنية	العالم		إقليم شرق المتوسط		المملكة العربية السعودية	
	معدل الخصوبة (طفل/امرأة)	مأمول الحياة (سنة)	معدل الخصوبة (طفل/امرأة)	مأمول الحياة (سنة)	معدل الخصوبة (طفل/امرأة)	مأمول الحياة (سنة)
١٩٥٠- ١٩٥٥م	٥	٤٦،٥	٦،٩	٤٣،٦	٧،٢	٣٩،٩
١٩٧٥- ١٩٨٠م	٣،٩	٥٩،٨	٦،٣	٥٧،١	٧،٣	٥٨،٨
٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ م	٢،٧	٦٦	٤،٢	٦٦،٧	٥،٥	٧٢،٢
٢٠٢٥ - ٢٠٣٠م	٢،٣	٧٢،٤	٢،٨	٧٢،٧	٣،٢	٧٦،٩
٢٠٤٥- ٢٠٥٠ م	٢،١	٧٦	٢،٢	٧٦،٦	٢،١	٧٩،٤

وخلال القرن العشرين أخذت نسبة المسنين في التصاعد، ومن المتوقّع أن يتواصل هذا الاتجاه في القرن الحادي والعشرين. فقد مثلت نسبة المسنّين (٨,٢٪) من مجموع السكان في عام ١٩٥٠م ثم ارتفعت إلى ١٠٪ في عام ٢٠٠٠م وسترتفع إلى (٢١,١٪) في عام ٢٠٥٠م[١١] (شكل١٧)[٤١].

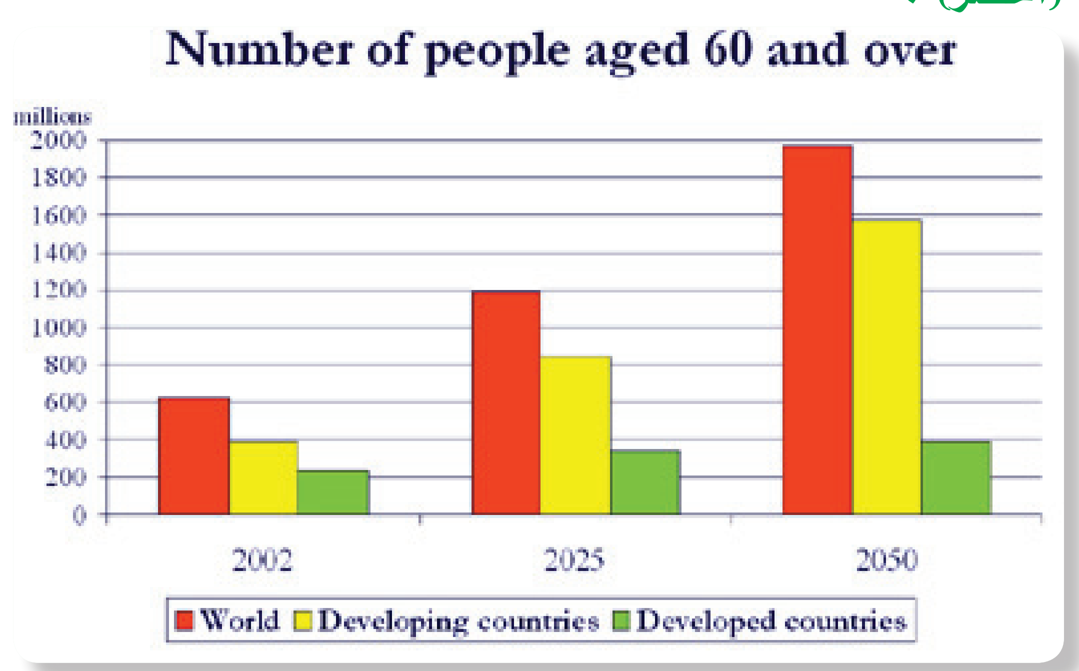
شكل ١٧: نسبة السكان عمر ٦٠ سنة وما فوق في العالم خلال الفترة ١٩٥٠-٢٠٥٠م[٤١]



Source: United Nations' Population Division "World Ageing Population 1950-2050" Report

وتبين مؤشرات الإحصائيات السكانية بأنه عالمياً تنمو شريحة السكان المسنين (٦٠ سنة وما فوق) أسرع من أي فئة عمرية أخرى[٢]، بمعدل زيادة (٢٪) سنويا - أي بسرعة تفوق معدل الزيادة السكانية ككل[١]. ففي عام ٢٠٠٠م كانت نسبة المسنين(١:١٠) أي مسن واحد إلى عشر أشخاص وستكون (١:٥) أشخاص في عام ٢٠٥٠م و(١:٣) أشخاص في عام ٢١٥٠م أي سيبلغ ثلث سكان العالم[١]. وسيزيد عدد المسنين من (٦٥٠) مليون في عام ٢٠٠٠م إلى (١,٢بليون) في عام ٢٠٢٥م وإلى (٢بليون) في عام ٢٠٥٠م[٣١] (٨٠٪) منهم سيعيش في البلدان النامية[٣](شكل ١٨)[١].

شكل ١٨: نسبة السكان المسنين في العالم (برتقالي) والدول النامية (اصفر) والدول المتقدمة (أخضر)[١]:



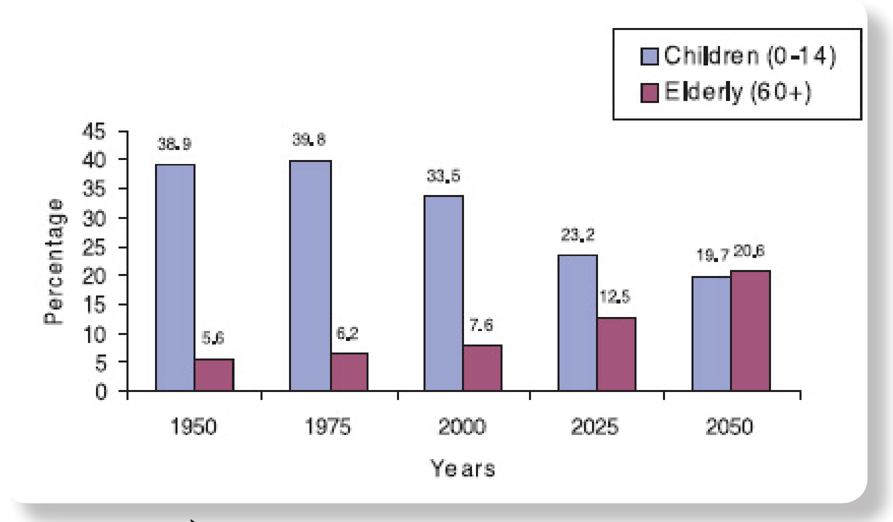
كما أن المسنين هم أنفسهم يسنون، فالمسنين الكبار (٨٠ سنه ومافوق) هم الفئة الأسرع نمواً ضمن السكان المسنين، فقد كان عددهم في عام ٢٠٠٠م (٧٠مليون) أي (١١٪) من مجموع السكان المسنين ومن المتوقع أن يزيد عددهم خمس أضعاف بعد خمسين سنة أي (١٩٪) من مجموع السكان المسنين في عام ٢٠٥٠م. ومن المتوقع أن يتضاعف عدد المعمرين (عمر١٠٠ سنة وأكثر) ١٥ مرة من حوالي (١٤٥،٠٠٠) في عام ١٩٩٩م إلى (٢،٢) مليون في عام ٢٠٥٠م[١]. ومن المتوقع أن يزيد عدد سكان العالم في عمر ٨٠ سنة وما فوق (٢٣٣٪) بين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠٤٠م مقارنة بـنسبة (١٦٠٪) للسكان في عمر ٦٥ سنة وأكثر و(٣٣٪) لمجموع السكان في جميع الاعمار[٤٣]. لذا فإن توازن نسبة الشباب إلى كبار السن سيتغير[٤١] حيث ستستمر حصة كبار السن بالارتفاع لتصبح موازية لحصة صغار السن (٠-١٤ سنة) في مجموع عدد السكان بحلول منتصف القرن[١]، وكمثال على ذلك يوضح (شكل ١٩) التغير المتوقع أن يطرأ في نسبة السكان الأطفال والمسنين في الهند خلال الفترة(١٩٥٠-٢٠٥٠م)[٤١].





شكل ١٩: النسبة المئوية للأطفال والمسنين لسكان الهند في الفترة ١٩٥٠-٢٠٥٠م[٤١]

Percentage of Children and Elderly Population in India: 1950-2050

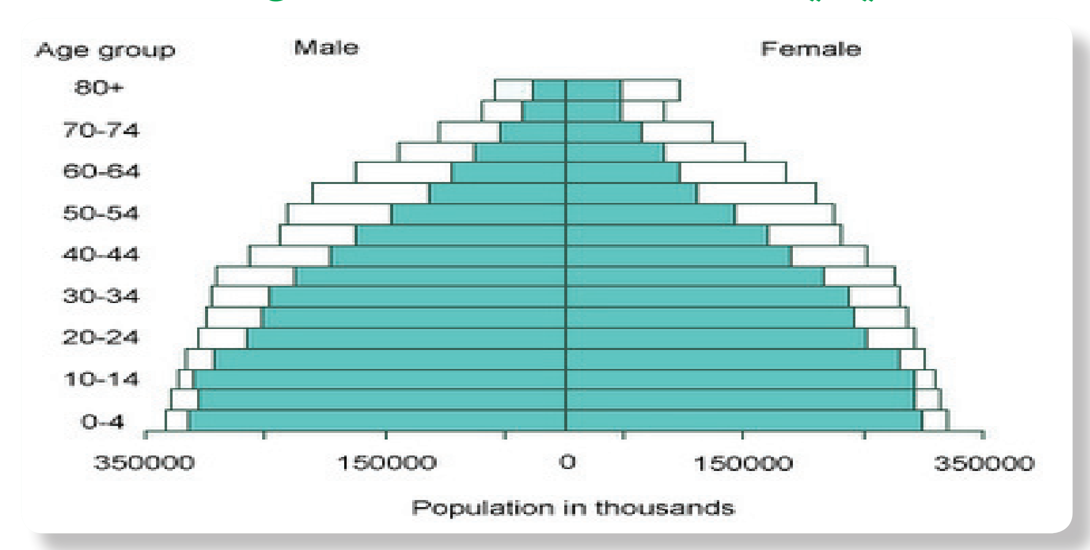


وتزيد نسبة المسنات عن المسنين، وبين المسنين الكبار (٥٥ ٪ من المسنين هم نساء) بينما (٦٥ ٪ من المسنين الكبار هم من النساء). كما تزداد نسبة المسنين في الريف (٥١٪) عن الحضر[١].

وتتباين مناطق العالم في سرعة تشيخ السكان. ففي معظم البلدان الصناعية كان تشيخ السكان عملية تدريجية أعقبت النمو الإجتماعي والإقتصادي المطرد على مدى عدة عقود وأجيال ولكن تكثفت هذه العملية في البلدان النامية خلال عقدين أو ثلاثة ومع جيل واحد[٣] لذا سيكون لديها وقتاً أقل للتكيف مع الآثار المترتبة على تشيخ السكان[١] فمثلاً في فرنسا استغرق أرتفاع نسبة المسنين من ٧٪ إلى ١٤٪ (١١٥عاما)، بينما في الصين والبرازيل وتايلاند حدثت مضاعفة نسبة المسنين بنفس هذا المعدل في (٢٠ سنة)[٣٣].

وسيؤدي تشيخ السكان إلى اختلال شكل الهرم السكاني في بعض الدول وذلك بتضخم قمة الهرم السكاني ووسطه سنة بعد أخرى، لذا سيفقد الهرم السكاني شكله التقليدي ذو المثلث العريض القاعدة (شريحة الأطفال ٠-١٤ سنة) والضيق القمة (شريحة المسنين ٦٠ سنة وما فوق) ليصبح هرم ذو قاعدة أصغر وقمة أوسع. ويوضح (شكل٢٠) تغير شكل الهرم السكاني بين عامي ٢٠٠٢م و٢٠٢٥م[٢].

شكل ٢٠: الهرم السكاني في العالم سنة ٢٠٠٢م (أخضر) و المتوقع لعام ٢٠٢٥م (أبيض)[٢]






ديموغرافية التشيخ فى العالم العربي

شهدت البلدان العربية تغيراً في نمط التوازن الديموغرافي التقليدي في العقود الماضية. وتمثلت إحدى نتائج التحول الديموغرافي من إرتفاع معدلات الخصوبة إلى انخفاضها ومن ارتفاع معدلات الوفيات إلى انخفاضها في تطور الهيكل العمري للسكان. وانعكست هذه التغيرات الجذرية بإنجازات حققتها البلدان العربية في ربع القرن الماضي وتمثلت في انخفاض نسبة الوفيات إلى النصف على مدى ربع قرن، وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من(٥٥سنة) عام ١٩٧٥م إلى (٦٧سنة) عام ٢٠٠٠م ، ومن المتوقع أن يصل إلى أكثر من (٧٣سنة) عام ٢٠٢٥م وإلى (٧٦سنة) في عام ٢٠٥٠م.وسجلت نسبة الخصوبة تدنياً كبيراً من (٦,٨٪) عام ١٩٧٥م إلى (٣,٧٪) عام ٢٠٠٠م، ومن المتوقع أن تصل إلى (٣,٢٪) عام ٢٠٢٥م. وانخفضت الزيادة الطبيعية للنمو السكاني من (٣,١٪)عام ١٩٧٥م إلى (٢,٣٪) عام ٢٠٠٠م ومن المتوقع أن تصل إلى (١,٤٪) عام ٢٠٢٥م. وصاحب هذه التغيرات إنخفاضاً كبيراً في نسب الأطفال ما دون ١٥ سنة من (٤٢٪) عام ١٩٧٥م إلى (٣٨٪) عام ٢٠٠٠م ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى أقل من (٢٩٪) عام ٢٠٢٥م. ورافق هذا الإنخفاض تزايد بطيء في نسبة المسنين فوق ٦٠ سنة من (٥,٤٪) عام ١٩٧٥ م إلى (٥,٦٪) عام ٢٠٠٠م ، غير أنه من المتوقع أن تزيد هذه النسبة تزايداً سريعاً، لتصل إلى (٨,٩٪) عام ٢٠٢٥م. لذا فقد زادت أعداد المسنين من (٧,٨ مليون) عام ١٩٧٥م وإلى (١٥,٨ مليون) عام ٢٠٠٠م ومن المتوقع أن تصل إلى (٤١,٦ مليون) عام ٢٠٢٥م . وهكذا سوف تتجاوز النسب المتوقعة لزيادة المسنين النسبة العامة للزيادة السكانية وستصل إلى (٣,٩٪)خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٢٥م مقابل (٢٪) للزيادة العامة للسكان[٤٤].

ديموغرافية التشيخ فى إقليم شرق المتوسط

إن إقليم شرق المتوسط (Eastern Mediterranean Regional Office EMRO) هو إحدى المناطق الجغرافية الست بالعالم لمنظمة الصحة العالمية. و يتكون من ثلاثة وعشرين بلداً وهي الأردن وإيران وسوريا والعراق ومصر والسعودية وأفغانستان والإمارات وباكستان والبحرين وتونس وليبيا، واليمن وجيبوتي والسودان والصومال وعمان وقبرص وقطر والكويت ولبنان والمغرب وفلسطين[٤٥].

تشهد بلدان إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية ما يشهده العالم من ظاهرة تشيخ السكان نتيجة التغير الديموغرافي لبلدان الإقليم الذي شمل انخفاضاً في معدلات الخصوبة وتحسناً مضطرداً في مأمول الحياة في العقود الأخيرة من القرن العشرين مصحوباً بتنام واضح في شيخوخة سكان الإقليم. ففي عام ١٩٥٠م كان معدل الخصوبة بالإقليم (٦,٩) طفل/امرأة وأنخفض إلى (٤,٢) طفل/امرأة في عام ٢٠٠٠م ومن المتوقع أن يستمر بالانخفاض ليصل إلى (٢,٨) وإلى (٢,٢) طفل/امرأة في عامي ٢٠٢٥م و ٢٠٥٠م على التوالي، كما أرتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة من (٤٣,٦سنة)إلى (٧٦,٦ سنة) بين عامي ١٩٥٠م و٢٠٥٠م على التوالي (جدول ١٤)[٣].

ويبلغ مأمول الحياة مقداراً يزيد عن (٧٠ سنة) في بعض بلدان الإقليم فيما لا يزال

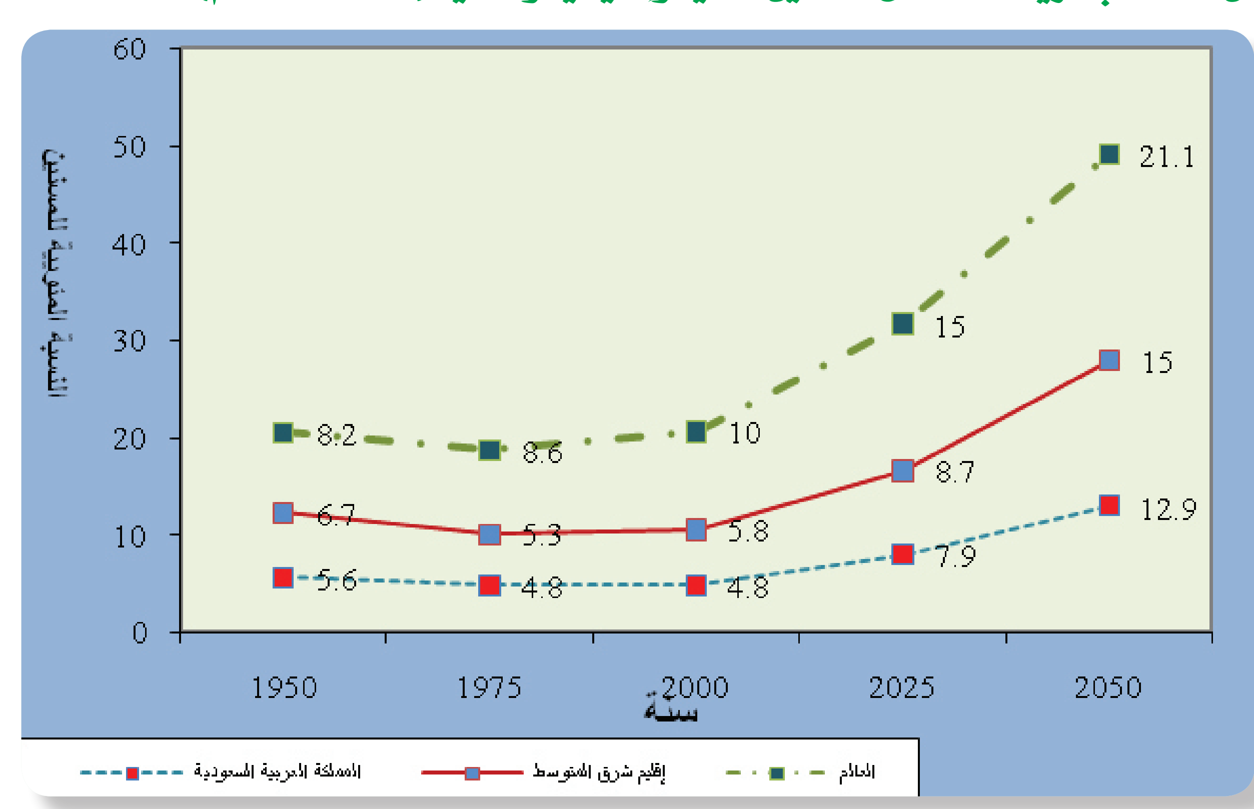




دون(٥٠ سنة) في بلدان أخرى، وقد قسمت منظمة الصحة العالمية دول الإقليم على أساس مأمول الحياة عند الولادة إلى ثلاث فئات هي:

- الفئة الأولى (عمر مأمول ٧٠ سنة او أكثر): البحرين ومصر والاردن والكويت ولبنان وعمان وفلسطين وقطر والسعودية وسوريا وتونس والإمارات.
- الفئة الثانية (عمر مأمول ٦٠ -٦٩ سنة): إيران والعراق وليبيا والمغرب وباكستان واليمن.
- الفئة الثالثة (عمر مأمول أقل من ٦٠ سنة): افغانستان وجيبوتى والصومال والسودان.
- وسيزداد كل من عدد ونسبة السكان الذين يبلغون ٦٠ سنة من العمر وما فوق في الإقليم. فإحصائيات تشيخ سكان العالم للأمم المتحدة عام ٢٠٠١م تبين بأنه في عام ٢٠٠٠م كانت نسبة المسنين في الإقليم ٥،٨٪ من إجمالي السكان ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى ٨,٧٪ تقريبا في عام ٢٠٢٥م وإلى ١٥٪ في عام ٢٠٥٠ م[٣] كما هو موضح في (شكل ٢١) الذي يبين نسبة زيادة السكان المسنين على الصعيد الدولي والإقليمي والمحلي في الفترة(١٩٥٠-٢٠٥٠م) حسب إحصائيات تشيخ سكان العالم للأمم المتحدة عام ٢٠٠١[٣].

شكل٢١: نسبة زيادة السكان المسنين عالمياً وإقليمياً ومحلياً (٢٠٠٠- ٢٠٥٠م)[٣]:

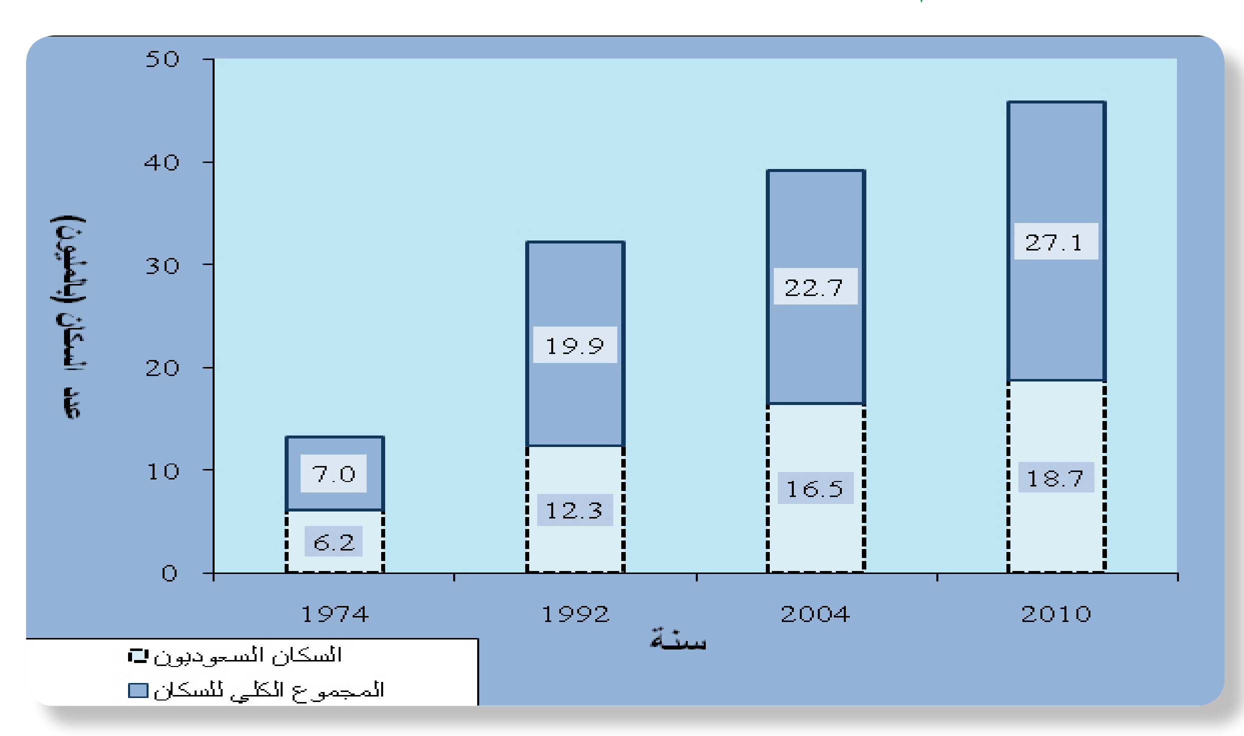


ديموغرافية التشيخ في المملكة العربية السعودية :

تشير بيانات التعداد العام لسكان المملكة لعام ١٤٢٥هـ/ ٢٠٠٤م (جدول ١) [١١، ٤٦] إلى أنه قد زاد عدد السكان في المملكة خلال الفترة (١٩٧٤-٢٠١٠)، كما ارتفع عدد السكان السعوديون خلال هذه الفترة وذلك كما هو موضح في(شكل ٢٥)، كما أن نسبة الذكور السعوديون أعلى من الإناث فقد كانت نسبتهم (٥١,٣٪) و(٥٠,٩٪) بينما كانت نسبة الإناث (٤٨,٧٪) و(٤٩,١٪) في عامي ١٩٧٤م و٢٠١٠م على التوالي[١١، ٤٦].



شكل٢٢: نسبة نمو السكان الكلي والسعوديون في المملكة العربية السعودية (١٩٧٤- ٢٠١٠م)[١١،٤٦] :



كما صاحب هذه الزيادة تغيراً في توزيع التركيب العمري لسكان المملكة خلال الفترة (١٩٩٢-٢٠١٠م) نتيجة لزيادة شريحة السكان بعمر ٦٥ سنة وما فوق وانخفاض شريحة السكان الأطفال (٠-١٥) سنة وذلك كما تم تفصيله في الفصل الأول (جدول ٢) [١١، ٤٦].

ويوضح (شكل ١)[٣] تغير المؤشرات الديموغرافية لسكان المملكة، وهذا التغير يوازي تغير المؤشرات الديموغرافية لسكان العالم وسكان إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية حيث شهدت المملكة ما شهدوه من انخفاض في معدل الخصوبة وارتفاع مأمول الحياة وزيادة في نسبة عدد السكان كبار السن بعمر ٦٠ سنة وما فوق وذلك كما تم توضيحه أعلاه (جدول ١٥ وشكل ٢٤)[٣]. ومحصلة التغير الديموغرافي وتغير نسب توزيع الفئات العمرية لسكان المملكة العربية السعودية هي تغير شكل الهرم السكاني للمملكة بين عامي ١٩٩٠م و ٢٠٥٠م والذي تمت الإشارة إليه في الفصل الأول (شكل ٢) [٤٧].




أعباء تشيخ سكان العالم على الصحة :

يُعد تشيخ سكان العالم مدعاة للقلق لدى كل فرد ولدى جميع الأجيال والبلدان. إن التحول في تركيبة السكان ستنجم عنه نتائج عميقة لكل جانب من جوانب الحياة سواء بالنسبة للأفراد أو المجتمعات والدول وسينتج عنه تأثيرات واسعة النطاق على الإنتاج والاستهلاك والاستثمار والعمل وأنواع الخدمات المطلوبة وأنماط نفقات الدولة التي ترتبط بحدوث الكثير من الأمراض المزمنة وأشكال العجز. لذا فتشيخ السكان يفرض عبئاً أكبر على معظم الخدمات الإجتماعية بما فيها الخدمات الصحية. لذلك يجب أخذ المؤشرات الاقتصادية مثل الإنفاق الصحي لكل فرد وعدد المهنيين الصحيين (مثل الأطباء والتمريض) لكل ألف من السكان بالحسبان عند النظر في أنشطة رعاية صحةالمسنين وذلك لان النظم الصحية ذات الموارد الاقتصادية القليلة (البشرية والمالية) قد لا تعطي الأولوية المنتظرة لرعاية صحة المسنين على حساب البرامج الأخرى[١]. ومن المنتظر أن يصبح تشيخ السكان قضية كبرى في البلدان النامية[١] ، فسترافق الشيخوخة السريعة في هذه البلدان تغيرات جوهرية في بنية الأسرة وأدوارها وفي نماذج العمل والهجرة ، ومن المتوقع قريباً جداً أن تثقل معظم مؤسسات المجتمع المدني للعديد من البلدان النامية بالاحتياجات الإجتماعية والإقتصادية والصحية لهذا القطاع من السكان الذي يتزايد باستمرار[٣].

كما إن للتغير الديموغرافي آثار عديدة على الصحة العمومية. فتمتع كبار السن بالصحة الجيدة أمر ضروري ليعتمدوا على أنفسهم وليؤدوا دورهم داخل الأسرة والمجتمع. وتستطيع أنشطة تعزيز الصحة والوقاية من المرض على مدى العمر، أن تمنع أو تؤخر ظهور الأمراض الغير معدية والأمراض المزمنة، كأمراض القلب والسكتة والسرطان. وعندما يصاب المسنون بهذه الإعتلالات فإنه يتعين أن توفر الخدمات الصحية الأولية لهم خدمات الرعاية التي يسهل الحصول عليها وتكون متكاملة ومنتظمة. ويجب رصد الأمراض المزمنة للتقليل منها إلي أدنى حد ومن مضاعفاتها وما يرتبط بها من حالات عجز وآثار سلبية على نوعية الحياة. وتعني طبيعة الرعاية المستمرة توفيرها بفعالية أكبر في المرافق المبنية على المجتمع (Community-based settings) كمراكز الرعاية الصحية الأولية. ويمكن أن تستند أنشطة الصحة العمومية إلى قدرات المسنين. فعلى سبيل المثال يمكن أن يضطلع المسنون بدور حاسم عن طريق العمل التطوعي ونقل الخبرة والمعرفة ومساعدة أسرهم على النهوض بمسؤوليات الرعاية وزيادة مشاركتهم في القوى العاملة المدفوعة الأجر[٢١].

وفي البلدان العربية فقد أدت التغيرات الديموغرافية إلى تراجع دور الأسرة التقليدي في رعاية المسنين نظراً لظروف عمل أفرادها وكثرة انتقالهم للعمل داخل حدود الدولة وخارجها. كما أدت هذه العوامل إلى تفاقم العديد من المشاكل النفسية والصحية والإجتماعية التي حدت من قدرات المسنين، بل أعاقتهم عن التكيف مع التغيرات الجديدة، مما قلص من الأدوار المختلفة التي كان من الممكن أن يستمروا بأدائها داخل الأسرة وخارجها. وأصابت آثار تلك العوامل فعالية السياسات الاجتماعية وبرامجها المتعلقة برعاية المسنين الأسرية والاجتماعية[٤٤].

الخرافات والأباطيل حول المسنين

١ - كبار السن لا يستطيعون العمل

عادة يتم ربط الشيخوخة مع التقاعد والمرض والعيالة. ولا يخفي أن السياسات والبرامج التي تدور في هذا الإطار المفاهيمي لا تعكس الحقيقة. فالحق أن معظم الناس يستمرون القيام مستقلين بشؤون أنفسهم بإستقلالية حتى سن متقدِّمة جداً . وفي إقليم شرق المتوسط يواصل الكثيرون ممن تخطوا الستين المشاركة بطريقة أو بأخرى في قوة العمل.

وتشير بيانات العديد من البلدان إلى تزايد الاحتمالات مع التقدُّم في العمر للإصابة بأمراض مزمنة مثل اضطرابات القلب الوعائية والاضطرابات العضلية الهيكلية والأمراض التنفسية، والسرطان، مما يعني أن نسبة مئوية مرتفعة من العاملين الذين تقدم بهم العمر تعاني من قصور في قدراتها الوظيفية، بما في ذلك القدرة على العمل، ولا يمكنها القيام بجميع المهام التي يتوقع أن يقوم بها العاملون الذين هم أصغر سناً من دون تكييف بيئة العمل. وهذا لا يعني أن العاملين من المسنِّين هم أقل فائدة ممن هم أصغر منهم سناً، وإنما يعني أن هنالك حاجة إلى تكييف ظروف العمل وإلى اتخاذ ترتيبات خاصة للصحة والسلامة المهنية لحفظ صحتهم وتعزيزها أثناء العمل.

وقد يتمتع العاملون المسنون بمزايا معينة، منها التفاني في العمل بدرجة أكبر ممن هم أصغر منهم سناً، وتفوّقهم عليهم في المهارات الروتينية بفضل ما لهم من خبرة طويلة، وتمتُّعهم بشخصية أكثر ثباتاً بفضل تجاربهم في الحياة وبفضل ما أكسبته لهم السنون من نضج في الفكر والشخصية. بل إن هذه المزايا تجعلهم هم بالذات أنسب لبعض الأعمال التي يزداد الطلب على قيامهم بها، وينبغي للمجتمع أن يستفيد على نحو أفضل من قدراتهم هذه التي غالباً ما يفتقر إليها العاملون الذين هم أصغر سناً .

وعلى العموم فإن كبار السن هم أكثر نشاطاً في قطاع الأعمال غير الرسمية، كالأعمال المنزلية، والأنشطة الحرة الصغيرة النطاق، وإن كانت إحصاءات سوق العمل لا تورد في الغالب أمثال هذه الأنشطة.إن إسهام كبار السن في المنزل بأعمال لا يتّخذون عليها أجراً، كرعاية الأطفال والمرضى، تتيح لأفراد الأسرة الذين هم أصغر سناً، الإلتحاق بأعمال مدفوعة الأجر. ثم إن الأنشطة الطوعية لكبار السن في جميع البلدان، تمثل إسهاماً اقتصادياً واجتماعياً مهمّاً لصالح المجتمع.

ولابد لإقليم شرق المتوسط من إطار مفاهيمي يعزز مفهوم سنة الأمم المتحدة الدولية للمسنِّين لعام ١٩٩٩ م (مجتمع لجميع الأعمار) يُنظر من خلاله إلى المسنين باعتبارهم مشاركين نشيطين في مجتمع متكامل عمرياً، وباعتبارهم مساهمين نشيطين في التنمية ومستفيدين منها. وينبغي لمثل هذا الإطار المفاهيمي أن يتّخذ نهجاً يقوم على التعاون بين مختلف الأجيال.

٢ - كبار السن لا يستطيعون التعلم

إن اتّخاذ إطار مفاهيمي جديد من شأنه أيضاً دحض وجهة النظر الشائعة بأن التعلُّم هو شأن الأطفال والشباب، وأن العمل هو شأن الذين هم في منتصف العمر، وأن التقاعد هو شأن كبار السنّ. ويدعو الإطار المفاهيمي الجديد إلى إعداد برامج داعمة للتعلم في كل الأعمار، ويتيح للناس أن يدخلوا سوق العمل أو يخرجوا منها من أجل قيامهم بأدوار رعائية في أوقات مختلفة على مدى العمر. إن مثل هذا النهج يدعم التضامن بين مختلف الأجيال ويتيح المزيد من الأمن والأمان للأطفال وللآباء ولجميع الناس في شيخوخته[١].

٣- لقد كان هدف الأنشطة المتعلقة بموضوع«التشيخ النشط» بيوم الصحة (٧ أبريل) لعام ١٩٩٩ إلى تصحيح الافتراضات الخاطئة والخرافات التالية:-

أ. «معظم الناس المسنين يعيشون في الدول المتقدمة» في الواقع، ٨٠٪ من المسنين يعيشون في البلدان النامية[٢،٣].

- «كبار السن متشابهون » في الواقع، كلما عاش الناس أطول كلما أصبح السكان المسنين أكثر تنوعاً واختلافاً.
- «يشيخ الرجال والنساء بنفس الطريقة» في الواقع هناك قدراً كبيراً جداً من الخلافات، على الرغم من أنه مؤخراً فقط بدأت تلك البحوث إلى التركيز على الشيخوخة من منظور الجنسين.
- «كبار السن ضعفاء»وفي الواقع فإن الغالبية العظمى من كبار السن يبقون متمتعين بلياقة بدنية جيدة حتى وقت متأخر في الحياة .
- «كبار السن ليس لديهم ما يساهمون به» في واقع الأمر المساهمة الاجمالية لكبار السن في أسرهم ومجتمعاتهم المحلية واسعة، وإن كان القياس صعباً لأن الكثير منها غير مأجور.
- «كبار السن يشكلون عبئاً اقتصادياً» في الواقع يعود سبب هذا العبء إلى حد كبير إلى استبعاد كبار السن من العمل المأجور، على الرغم من إستعدادهم وقدرتهم على الإستمرار[٣٣].





الفصل الخامس

الجهود المبذولة لرعاية صحة المسنين عالمياً وإقليمياً ومحلياً

Global, Regional and Local Efforts for Elderly Health Care

حقوق المسنين فى ظل الإسلام

Rights of Aged People – An Islamic Perspective

لم تعرف البشرية جمعاء منذ نشأت الخليقة حتى يومنا هذا أسمى وأنقى وأصدق وأوفى مما جاء به النهج الإسلامي المتكامل الشامل وخير ما نبدأ به القول في رعاية الإسلام للمسنين بقوله تعالى في كتابه العزيز «وقضى ربك أن لا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا * إما يبلغن عندك الكبر احدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا - الإسراء: ٢٣» فقد قرن الله سبحانه وتعالى عبادته ببر الوالدين وتشمل الآية عدة جوانب مهمة جدا تمس المشاعر والسلوك فالجانب الأول هو الأمر بعدم تلفظ «أف» والتي هي دليل على التضجر والثاني الأمر بعدم نهرهم وزجرهم والثالث توجيه الكلام الطيب لهم والرابع غمرهم بالرحمة قولاً وفعلاً[٢١].

إن رعاية الإسلام للمسنين مسؤولية دينية وأجتماعية وهي نوع من رد الجميل والعرفان للفرد الذي أمضى شبابه في خدمة مجتمعه وأسرته. وتمتد رعاية الإسلام للمسنين في جميع الأحوال سواء كانوا مسلمين أم لا وفي السلم والحرب وتاريخ الإسلام يضم الكم الكبير من المواقف الجليلة التي توضح ذلك فقد اشتملت وصايا الرسول صلى الله عليه وسلم وخلفاءه من بعده إلى جيوش الفتح الإسلامي العناية بالشيوخ وكبار السن والإهتمام بهم وعدم قتلهم أو التعرض لهم، قال الطبراني كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا بعث جيشاً أو سرية دعا صاحبهم فأمره بتقوى الله وبمن معه من المسلمين خيرا ثم قال (اغزوا بسم الله وفي سبيل الله قاتلوا من كفر بالله ولا تغلوا وتغدروا ولا تمثلوا ولا تقتلوا وليداً ولا شيخاً كبيراً). وها هو عمر بن عبد العزيز خامس الخلفاء الراشدين قد كتب إلى عامله في البصرة:(أما بعد ... وانظر من قبلك من أهل الذمة قد كبرت سنه وضعفت قوته وولت عنه المكاسب فأجر عليه من بيت مال المسلمين ما يصلحه)[٢١].

وفي وقتنا الحالي هناك إهتمام كبير لإبراز حقوق المسنين في ظل الإسلام من قبل المنظمات الإسلامية وبالتعاون مع المنظمات العالمية المهتمة بحقوق المسنين فقد تم عقد «المؤتمر الدولي عن حقوق المسنين – منظور إسلامي» في الكويت في ١٨-٢١ أكتوبر ١٩٩٩ بتنظيم المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (IOMS) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (ISESCO) ومجلس الفقه الإسلامي في جدة وإتحاد المنظمات العالمية للعلوم الطبية(CIOMS). ونتج عن هذا المؤتمر إعلان الكويت لحقوق المسنين كما نتجت التوصيات التالية [٣] :-

١. إتخاذ كل تدابير المحافظة على صحة المسنين إبتداء من مراحل الجنين والطفولة واستمرارا بنفس الأمر أثناء المراهقة وعند البلوغ، وتعزيز شبكة العلاقات الإجتماعية

العائلية والمحلية والمدرسة والمجتمعية ، من أجل تقوية طاعتهم لله تعالى والتزامهم بتعاليم الدين وحمايتهم من الممارسات الضارة مثل تعاطي المخدرات وإدمان الكحول ، ومنع تلوث البيئة.

٢. توعية كبار السن بكل ما يحسن حالتهم الصحية وبخاصة التغذية المتوازنة والتمارين البدنية المعتدلة والهوايات المناسبة والحفاظ على العلاقات الاجتماعية بقدر الإمكان والتعزيز الروحي الذي يدعم الإيمان والسكينة والرضا الذاتي.

٣. تزويد المسنين بالرعاية الصحية الأولية المناسبة والرعاية السريرية وكل مستويات الرعاية الصحية وتكييف الخدمات الصحية بحيث تأخذ بالحسبان احتياجات المسنين وتدريب الأطباء على إكتشاف ومعالجة العلل الجسدية والنفسية التي قد تأخذ أعراضا مختلفة عن تلك التي تظهر عند الأشخاص الأصغر سناً.

٤. ضمان العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية للمسنين من الرجال والنساء وتطبيق نظم تأمين صحية واجتماعية تكاملية تقوم بتغطية كل قطاعات المسنين بما فيهم المزارعين والحرفيين وأصحاب الأجور الصغيرة الذين لا تشملهم نظم التأمين الراسخة.

٥. تشجيع إجراء وتمويل الأعمال البحثية الموضعية والميدانية في مجال صحة المسنين الجسدية والنفسية وجمع البيانات المتعلقة بنشاطاتهم ومشاكلهم الصحية وتحليلها وجعلها متوافرة بين أيدي صناع القرار لمساعدتهم على أخذ القرارات المناسبة والموافقة على القوانين الملائمة لضمان رعاية المسنين.

٦. تشجيع وسائل الإعلام على تسليط الضوء على القضايا الصحية للمسنين وزيادة إدراكهم وعائلاتهم بخاصة فيما يتعلق بالتغذية والنشاط البدني والوقاية من الحوادث والمخاطر ومراقبة وقت أخذ الدواء وتخصيص برامج خاصة للترفية والتسلية.

٧. تدريس طب المسنين وأساليب رعايتهم لطلاب كليات الطب والتمريض والتخصصات الصحية الأخرى وإدراجها في مناهجهم واستحداث تخصصات صحية مثل طب التشيخ وتمريض المسنين في مختلف المؤسسات التعليمية الصحية.

٨. غرس القيم الدينية والتعاليم التي تحث على بر الوالدين وإحترام المسنين عبر المناهج الدراسية في مختلف مستويات التعليم ، والتي ينبغي أن تتضمن مواضيع حول تعزيز الوعي بالمسنين وتأكيد مكانتهم وحقوقهم في الأسرة ، وإظهار الوفاء والمعاملة الحسنة لهم، والقيام بزياراتهم في أماكن تجمعهم ، وحث الطلاب على إتباع سلوك صحي يمكنهم من البقاء في صحة جيدة عندما يتقدمون في العمر ، ويجعلهم يجتنبون التدخين والمخدرات وجميع العادات الضارة الأخرى ، وأن يكونوا على وعي بكيفية تقديم الرعاية للمسنين.

٩. الاستفادة من الموارد المعرفية والخبرات الغنية للمسنين من خلال إشراكهم قدر الإمكان في تربية الأجيال الناشئة. وفي هذا الصدد يمكن لصانعي القرار إستشارة الأشخاص المسنين ذوي الخبرة في الشؤون العامة.

١٠. تعزيز دور الأسرة في رعاية المسنين ليكونوا متحمسين لإبقاء المسنين دائما في جو عائلي سواء كانوا مع عائلاتهم الخاصة أو مع عائلات أخرى أو كانوا في دور المسنين التي يجب أن تبقى على علاقة وثيقة مع العائلة، وأن تؤمن الجو العائلي

وكل الظروف الأخرى التي تحفظ كرامة المسنين وتزودهم بالرعاية الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية المطلوبة. ويجب أن تكون دور المسنين موزعة في كل المناطق وبذلك تصبح كل دار للمسنين نواة للإشتراك في الأنشطة المحلية الاجتماعية والثقافية والدينية.

١١.تشجيع المنظمات الطوعية وغير الحكومية، وسائر مؤسسات المجتمع المدني الأخرى للقيام بدورها في تقديم الرعاية الصحية والإجتماعية للرجال والنساء المسنين، وخصوصا بالنسبة لأولئك الذين لا يتمتعون بحظ وافر في أسرهم.

١٢.جعل السلطات وصانعي القرار على وعي بأهمية المسنين وإحتياجاتهم الخاصة في ضوء الشريعة الإسلامية بما في ذلك رفع سن التقاعد وإدخال عقوبة على عدم طاعة الوالدين ومساعدة المحتاجين في دعم المسنين لديهم وتأسيس مجلس أعلى لرعاية المسنين يمثل كل لأطراف ذات الصلة ويكون لديه الأهلية الملائمة والموارد الكافية.

١٣.تزويد المسنين بالإمتيازات والتسهيلات الضرورية وبخاصة منحهم الأولوية في الأماكن العامة وتخصيص مقاعد لهم في وسائل المواصلات العامة والحدائق والمسارح والنوادي الاجتماعية والثقافية وتأمين وسائل التنقل للمعوقين والعاجزين ، ومنحهم خصومات مناسبة في أجور المواصلات البرية والبحرية والجوية، ورسوم العضوية في النوادي وجميع المؤسسات الأخرى التي تقدم الخدمات الاجتماعية والترفيهية والرياضية وغيرها.

١٤.تمكين المسنين من تحديد احتياجاتهم الخاصة ومنحهم الفرصة لاستعمال خبراتهم ومهاراتهم بشكل كامل لصالحهم وصالح مجتمعاتهم وتعزيز أخذهم للمبادرة وتدريبهم على الاعتماد على النفس ومساعدتهم في انجاز النشاطات التي تتناسب مع قدراتهم وسعتهم وإيجاد روابط تدار من قبل المسنين أنفسهم وحيث تمنحهم المشاركة النشطة في المجتمع الشعور بالثقة في أنفسهم والرضا عنها.

١٥.إنجاز تقييم حكومي مستمر للتغيرات والتحولات الديموغرافية لأخذها بالحسبان عند رسم خطط تنمية اجتماعية شاملة ولإيجاد تأكيد خاص على الزيادة الهامة المتوقع حصولها في المسنين وبخاصة النساء واخذ الإجراءات الضرورية للتكيف مع الحالة المتوقعة.

١٦.استخدام كلمات تدل على الاحترام عند مخاطبة المسنين أو الإشارة إليهم.

١٧.تحضير المسنين نفسيا قبل التقاعد من أجل تجنب الصدمة التي قد تنتج عن العزلة والتعطل.

١٨.تشجيع مقدمي الرعاية لتخصيص منح لصالح المسنين.

١٩.دعوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (IOMS) لنشر كتاب حول «قانون المسنين» الذي يتضمن قواعد الطقوس والمعاملات والقواعد الفقهية الأخرى ذات الصلة للمسنين.

٢٠.مناشدة منظمة المؤتمر الإسلامي(OIC) والمنظمة الإسلامية للثقافة والعلوم والتربية (ISESCO) بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية(IOMS) لنشر ومن ثم إعلان وثيقة عن حقوق المسنين من منظور إسلامي.




٢١.تشكيل لجنة لمتابعة تنفيذ هذه التوصيات، ويجب أن يكون منظمو الندوة في لجنة المتابعة.

٢٢.اعتماد إعلان بعنوان (الكويت إعلان حقوق المسنين[٣])

الجهود العالمية لرعاية صحة المسنين:
جهود الأمم المتحدة

برنامج الأمم المتحدة للشيخوخة United Nation program on Ageing

برنامج الأمم المتحدة للشيخوخة هو جزء من شعبة السياسات والتنمية الاجتماعية (Social Policy and Development Division - DSPD)، إدارة الأمم المتحدة للشئون الاقتصادية والاجتماعية (United Nation Department of Economic and Social Affairs UNDESA). والتي هي نقطة اتصال داخل منظومة الأمم المتحدة بشأن المسائل المتصلة بالشيخوخة ، و عملها الأساسي هو تسهيل وتعزيز خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة.

ويوفر البرنامج الدعم والخدمات للعمليات البين حكومية من خلال إنتاج تقارير عن قضايا الشيخوخة وتسهيل الإتفاق على قرارات الشيخوخة والمعايير والقواعد الدولية من خلال لجنة التنمية الاجتماعية والمجلس الإقتصادي والإجتماعي والجمعية العامة The Commission for Social Development، the Economic and Social Council and the)[١] .(General Assembly

خطة عمل للشيخوخة Action plan on Ageing

ظلت السياسات العامة المتعلقة بكبار السن تُصمم خلال معظم القرن العشرين برؤية تأخذ في الاعتبار مجتمعاً للشباب. ولكن من الآن فصاعداً يتعين أن تصمم السياسات العامة المتعلقة بكبار السن والشباب ومن هم في الوسط بحيث تأخذ في الاعتبار مجتمعاً في طريقه إلى الشيخوخة، وهو مجتمع سيكون قريباً ثلث سكانه فوق سن الستين. ويجب أن تبدأ المجتمعات الدولية والوطنية والمحلية الآن في تكييف هياكلها التحتية وسياساتها وخططها ومواردها وتحقيق الاتساق فيما بينها[٣].

عمل الأمم المتحدة فى مواجهة التحديات المرتبطة بالشيخوخة

اتخذت الأمم المتحدة الخطوات التالية لمواجهة التحديات المرتبطة بالتحول الديموغرافي الهائل،:

- عقد الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة (First World Assembly on Ageing) في فيينا عام ١٩٨٢م وتم إعتماد خطة عمل دولية للشيخوخة. وظلت هذه الخطة توجه التفكير والأعمال فيما يتعلق بالشيخوخة على مدى عشرين عاما (حتى عام ١٩٩١م)، في حين أخذت تتطور سياسات ومبادرات بالغة الأهمية.
- اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن (القرار ٤٦/٩١) في ١٦ كانون الثاني/ديسمبر ١٩٩١م. وشجعت الحكومات على إدراجها في

خططها الوطنية، متى ما أمكن ذلك. و مبادئ هذا القرار تضمنت توجيهات في المجالات المتصلة باستقلال كبار السن ومشاركتهم ورعايتهم وكفالة تحقيق الذات والكرامة لهم.

- في عام ١٩٩٢م عقد مؤتمراً دولياً معنياً بالشيخوخة بمناسبة الذكرى السنوية العاشرة لإعتماد خطة العمل الدولية للشيخوخة وتقرر الاحتفال بعام ١٩٩٩م بوصفه السنة الدولية لكبار السن.
- في عام ١٩٩٩م قامت الجمعية العامة بمناقشة الآراء بشأن أستكمال خطة العمل الدولية للشيخوخة وفيما إذا كان من المستحسن والممكن عقد إجتماع في عام ٢٠٠٢ م لإستعراض النتائج التي توصلت إليها الجمعية العالمية للشيخوخة بما في ذلك العلاقة المرتبطة بين الشيخوخة والتنمية[٣].
- خصصت الأمم المتحدة عام ١٩٩٩م السنة الدولية لكبار السن وذلك للمساعدة في لفت الانتباه إلى التحديات والفرص التي يحدثها تشيخ السكان مما مهد الطريق لمنظمة الصحة العالمية لتعزيز سياسات وبرامج التشيخ النشط في جميع أنحاء العالم والعمل مع الوكالات الحكومية وغير الحكومية والمنظمات والجمعيات المهنية والمؤسسات الأكاديمية ووسائل الإعلام لتقديم مبادرة لتنظيم الفعاليات والأنشطة. وهذه بدورها تساعد على تشكيل شبكة عالمية للتعاون في تحديد السياسات ونماذج من الممارسات الجيدة[٣٣] .
- خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة وهي من أهم و أكبر الأعمال التي تصب في مصلحة الشيخوخة وعلومها والتي أعتمدتها الجمعية العالمية للشيخوخة في أبريل ٢٠٠٢م وتبنتها الأمم المتحدة.

فقد تم عقد الجمعية العامة الثانية للشيخوخة (Second World Assembly on Ageing) في مدريد عام ٢٠٠٢ م وتم إعتماد خطة العمل الدولية للشيخوخة . وتدعو هذه الخطة إلى إدخال تغييرات على المواقف والسياسات والممارسات على جميع المستويات وفي جميع القطاعات بحيث يمكن تحقيق الإمكانيات الهائلة لكبار السن في القرن الحادي والعشرين. ويتقدم العديد من كبار السن في كنف الأمن والكرامة ويتمكّنون أيضا من المشاركة في شؤون أسرهم ومجتمعاتهم. وهدف خطة العمل الدولية هو ضمان قدرة الأشخاص في كل مكان على التقدم في السن في كنف الأمن والكرامة، والاستمرار في المشاركة في شؤون مجتمعاتهم كمواطنين يتمتعون بكامل حقوقهم. وفي حين تسلّم الخطة بأن إرساء الأسس لشيخوخة معافاة ومثرية، يتم في مرحلة مبكرة من الحياة، فإنها تهدف إلى أن تكون أداة عملية لمساعدة صناع السياسات على التركيز على الأولويات الرئيسية المرتبطة بشيخوخة الأفراد والمجتمعات. وتُقر الخطة بالسمات المشتركة لطبيعة الشيخوخة وما تطرحه من تحديات، وتصوغ توصيات محددة يمكن تكييفها مع الظروف الشديدة التنوع في كل بلد.

يوم المسنين العالمي International Day of Older Persons

لقد تم اعتماد الأول من أكتوبر من كل عام «اليوم العامي للمسنين».

وقد رسمت مؤتمرات القمة الرئيسية والمؤتمرات الاخرى التي عقدتها الأمم المتحدة

والدورات الاستثنائية التي عقدتها الجمعية العامة وعمليات الاستعراض والمتابعة أهدافا وغايات والتزامات على جميع المستويات ترمي إلى تحسين الأحوال الاقتصادية والإجتماعية للجميع. وهي توفر الإطار الذي يجب أن توضَع فيه الإسهامات والشواغل المحددة لكبار السن. ومن شأن تنفيذ أحكامها أن يمكن كبار السن من الإسهام بشكل كامل والإستفادة على قدم المساواة من التنمية[1].

إعلان مدريد السياسي للجمعية العامة الثانية للشيخوخة

المادة ١

نحن، ممثلي الحكومات المجتمعين في الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة المعقودة في مدريد، قررنا اعتماد خطة عمل دولية للشيخوخة، ٢٠٠٢، للإستجابة للفرص ومواجهة التحديات في مجال شيخوخة السكان في القرن الحادي والعشرين ودعم بناء مجتمع لجميع الأعمار. وفي سياق خطة العمل هذه، نلتزم باتخاذ إجراءات على جميع الصعد، بما فيها الصعيدان الوطني والدولي، في ثلاثة اتجاهات ذات أولوية هي: كبار السن والتنمية، وتعزيز الصحة والرفاه في السن المتقدمة؛ وضمان بيئة تمكينية وداعمة.

المادة ٢

نحتفل بارتفاع متوسط العمر المتوقع في العديد من مناطق العالم بوصفه إنجازاً رئيسياً من إنجازات البشرية. ونعترف بأن العالم يشهد تحولا ديموغرافياً غير مسبوق وأنه بحلول عام ٢٠٥٠ م سيزداد عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ سنة من ٦٠٠ مليون شخص إلى نحو مليار شخص، وبأنه يتوقع أن تتضاعف نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ سنة من ١٠ ٪ إلى ٢١ ٪. وستكون هذه الزيادة الأكبر والأسرع في البلدان النامية حيث يتوقع أن يتضاعف عدد كبار السن أربع مرات خلال فترة الـ ٥٠ سنة المقبلة. ويُشكل التحول الديموغرافي تحديا لجميع مجتمعاتنا لخلق مزيد من الفرص، وخاصة فرصا لكبار السن بغية تحقيق إمكانياتهم للمشاركة التامة في جميع جوانب الحياة.

المادة ٣

نكرر تأكيد التزامات رؤساء دولنا وحكوماتنا التي قطعوها في المؤتمرات ومؤتمرات القمة الرئيسية التي عقدتها الأمم المتحدة وفي عمليات المتابعة لها، وفي إعلان الألفية بشأن تهيئة بيئتين دولية ووطنية تعززان قيام مجتمع لجميع الأعمار. ونؤكد من جديد، علاوة على ذلك، المبادئ والتوصيات الواردة في خطة العمل الدولية للشيخوخة، التي أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ١٩٨٢م، ومبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن، التي اعتمدتها الجمعية العامة في عام ١٩٩١م، والتي تتضمن توجيهات في مجالات الاستقلالية والمشاركة والرعاية وتحقق الذات والكرامة.

المادة ٤

نؤكد أن تعزيز التعاون الدولي أمر أساسي لاستكمال الجهود الوطنية الرامية إلى تنفيذ خطة العمل الدولية للشيخوخة تنفيذا كاملا. ولذلك نشجع المجتمع الدولي على زيادة

تعزيز التعاون فيما بين جميع الجهات الفاعلة المعنية.

المادة ٥

ونؤكد الالتزام بألا ندخر وسعا من أجل تعزيز الديمقراطية، وتوطيد سيادة القانون، وتشجيع المساواة بين الجنسين، فضلا عن تعزيز وحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية بما فيها الحق في التنمية. ونلتزم بالقضاء على جميع أشكال التمييز بما فيه التمييز على أساس السن. ونسلم كذلك بأن الناس ينبغي أن ينعموا، كلما تقدم بهم السن بالهناءة والصحة والأمن والمشاركة الفعالة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية لمجتمعاتهم. وإننا مصممون على تعزيز الاعتراف بكرامة كبار السن والقضاء على جميع أشكال الإهمال وسوء المعاملة والعنف.

المادة ٦

يملك العالم المعاصر قدرات صحية وتكنولوجية لم يسبق لها مثيل كما أنه يتيح فرصا خارقة للعادة من أجل: تمكين الرجل والمرأة من بلوغ سن متقدمة في صحة جيدة وتحقيق أكمل درجات الرفاه؛ والسعي إلى تحقيق الإدماج والإشراك الكاملين لكبار السن في المجتمعات؛ وتمكين كبار السن من المساهمة بفعالية أكبر في مجتمعاتهم المحلية وتنمية مجتمعاتهم؛ وتحسين خدمات الرعاية والدعم باستمرار لكبار السن كلما كانوا محتاجين إليها. ونسلم بأن العمل المتضافر لازم لتحسين فرص الحياة ونوعيتها للرجال والنساء كلما تقدموا في السن وضمان استدامة نظم دعمهم، وبالتالي وضع الأسس اللازمة لبناء مجتمع لجميع الأعمار. فعندما تُحتَضَن الشيخوخة باعتبارها إنجازا، فإن الاعتماد على المهارات البشرية لفئات كبار السن وخبرتهم ومواردهم يعترف به طبعا كرصيد في نمو المجتمعات الإنسانية الناضجة والمتكاملة تكاملا تاما.

المادة ٧

وفي الوقت ذاته، لا تزال ثمة عقبات كبيرة أمام البلدان النامية، ولا سيما أقل البلدان نموا ، فضلا عن بعض البلدان التي تمر بفترة انتقالية، تحول دون تحقيقها للمزيد من التكامل والمشاركة التامة في الاقتصاد العالمي. وما لم تعم ثمار التنمية الاجتماعية والاقتصادية كل البلدان، فإن أعدادا متزايدة من الناس، ولا سيما كبار السن في جميع البلدان بل وفي مناطق بأكملها، ستظل على هامش الاقتصاد العالمي. ولهذا السبب، نقر بأهمية إدراج الشيخوخة في الخطط الإنمائية، وكذا في استراتيجيات القضاء على الفقر وفي الجهود الرامية إلى تحقيق مشاركة جميع البلدان النامية في الاقتصاد العالمي مشاركة كاملة.

المادة ٨

نلتزم بإدماج مسألة الشيخوخة بصورة فعلية ضمن الاستراتيجيات والسياسات والإجراءات الإجتماعية والإقتصادية، مع الاعتراف بأن السياسات المحددة ستختلف وفقا لأوضاع كل بلد على حده. ونسلم بضرورة تعميم مراعاة المنظور الجنساني في كل السياسات والبرامج لمراعاة احتياجات وخبرات كبار السن من النساء والرجال.

المادة ٩

نلتزم بالدفاع عن كبار السن ومؤازرتهم في حالات النزاع المسلح والاحتلال الأجنبي.

المادة ١٠

إن إمكانات كبار السن تشكل أساساً قوياً للتنمية في المستقبل. ويمكِّن ذلك المجتمع من الاعتماد أكثر فأكثر على مهارات كبار السن وخبرتهم وحكمتهم، لا ليقوموا بدور رئيسي لتحسين أوضاعهم فحسب ولكن للمشاركة أيضا بفعالية لتحسين أوضاع المجتمع ككل.

المادة ١١

نؤكد أهمية البحث الدولي بشأن الشيخوخة والقضايا المتعلقة بالسن كأداة هامة لرسم السياسات المتعلقة بالشيخوخة، استنادا إلى مؤشرات موثوق بها ومتسقة تضعها هيئات منها المنظمات الإحصائية الوطنية والدولية.

المادة ١٢

يتطلب تحقيق آمال كبار السن والاحتياجات الاقتصادية للمجتمع أن يكون كبار السن قادرين على المشاركة في الحياة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية لمجتمعاتهم. وينبغي إتاحة الفرصة لكبار السن للعمل أطول فترة يرغبون فيها ويقدرون عليها، في مهنة مرضية ومنتجة، وأن يظل بإمكانهم الاستفادة من برامج التعليم والتدريب. وتمكين كبار السن ودعم مشاركتهم الكاملة عنصران أساسيان لتحقيق الشيخوخة النشطة. وينبغي أن يوفّر لكبار السن الدعم الاجتماعي المستدام والملائم.

المادة ١٣

نؤكد المسؤولية الأساسية للحكومات عن تعزيز وتوفير وضمان فرص الاستفادة من الخدمات الاجتماعية الأساسية، مع مراعاة الاحتياجات الخاصة لكبار السن. ولهذه الغاية علينا أن نعمل مع السلطات المحلية والمجتمع المدني، بما فيه المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص والمتطوعين والمنظمات التطوعية، وكبار السن أنفسهم والجمعيات العاملة من أجل كبار السن وجمعيات كبار السن، فضلا عن الأسر والمجتمعات المحلية.

المادة ١٤

نسلم بضرورة الوصول تدريجيا إلى الإعمال التام لحق كل شخص في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية. ونؤكد أن بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة أهم هدف اجتماعي على نطاق عالمي يتطلب تحقيقه عملا من العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة إلى قطاع الصحة. ونلتزم بأن نوفر لكبار السن فرصا شاملة ومتساوية للحصول على الرعاية الصحية والخدمات، بما فيها خدمات الصحة البدنية والعقلية، وندرك أن حاجة السكان المسنين المتزايدة إلى الرعاية والعلاج تستلزم وضع سياسات إضافية، ولا سيما، في مجال الرعاية والمعالجة وتعزيز أنماط الحياة الصحية والبيئات الداعمة. وسنشجع على استقلالية كبار السن، والتواصل

معهم وتمكينهم من المشاركة بالكامل في جميع جوانب المجتمع. ونقر بمساهمتهم في التنمية من خلال دورهم كمقدمين للرعاية.

المادة ١٥

نسلم بأهمية الدور الذي تقوم به الأسر والمتطوعون والمجتمعات المحلية ومنظمات كبار السن وسائر المنظمات المحلية التي تقدم الدعم والرعاية غير الرسمية لكبار السن بالإضافة إلى ما تقدمه لهم الحكومات من خدمات.

المادة ١٦

نسلم بضرورة تعزيز التضامن بين الأجيال، وإقامة شراكات فيما بينها، مع مراعاة الاحتياجات الخاصة لكل من كبار السن والشباب، ونشجع إقامة علاقات التجاوب بين الأجيال.

المادة ١٧

تتحمل الحكومات المسؤولية الأولية عن الاضطلاع بدور قيادي بشأن مسائل الشيخوخة وبشأن تنفيذ خطة العمل الدولية للشيخوخة ٢٠٠٢، غير أنه يلزم التعاون الفعال بين الحكومات الوطنية والمحلية، والوكالات الدولية وكبار السن أنفسهم ومنظماتهم، والقطاعات الأخرى من المجتمع المدني، بما فيها المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص. وسيتطلب تنفيذ خطة العمل الدولية للشيخوخة، ٢٠٠٢، شراكة وإشراك العديد من أصحاب المصلحة: المنظمات المهنية؛ والشركات؛ والعمال والمنظمات العمالية؛ والتعاونيات؛ والمؤسسات البحثية والمؤسسات الأكاديمية وغيرها من المؤسسات التعليمية والدينية؛ ووسائط الإعلام.

المادة ١٨

نؤكد أهمية الدور الذي تضطلع به منظومة الأمم المتحدة، بما في ذلك اللجان الإقليمية، في مساعدة الحكومات، بناء على طلبها، في تنفيذ خطة العمل الدولية للشيخوخة، ٢٠٠٢، ومتابعتها ورصدها وطنيا، مع مراعاة الاختلافات في الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية القائمة بين البلدان والمناطق.

المادة ١٩

ندعو جميع الناس في جميع البلدان من جميع قطاعات المجتمع، فرادى وجماعات، إلى الانضمام إلينا في الجهود المتفانية التي نبذلها من أجل تحقيق رؤية مشتركة للمساواة بين الأشخاص من جميع الأعمار[٣].

مبادئ الأمم المتحدة لكبار السن United Nation Principles for Older Persons

اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن (القرار ٤٦/٩١) في ١٦ كانون الثاني/ ديسمبر ١٩٩١م وهي كما يلي:-

الاستقلالية Independence

- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على ما يكفي من الغذاء والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية، بأن يوفر لهم مصدر للدخل ودعم أسري ومجتمعي ووسائل للعون الذاتي؛
- ينبغي أن تتاح لكبار السن فرصة العمل أو فرص أخرى مدرة للدخل؛
- ينبغي تمكين كبار السن من المشاركة في تقرير وقت انسحابهم من القوى العاملة ونسقه؛
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الاستفادة من برامج التعليم والتدريب الملائمة؛
- ينبغي تمكين كبار السن من العيش في بيئات مأمونة وقابلة للتكييف بما يلاءم ما يفضلونه شخصيا وقدراتهم المتغيرة؛
- ينبغي تمكين كبار السن من مواصلة الإقامة في منازلهم لأطول فترة ممكنة.

المشاركة Participation

- ينبغي أن يظل كبار السن مندمجين في المجتمع، وأن يشاركوا بنشاط في صوغ وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في رفاههم، وأن يقدموا للأجيال الشابة معارفهم ومهاراتهم؛
- ينبغي تمكين كبار السن من التماس وتهيئة الفرص لخدمة المجتمع المحلي، ومن العمل كمتطوعين في أعمال تناسب اهتماماتهم وقدراتهم؛
- ينبغي تمكين كبار السن من تشكيل الحركات أو الرابطات الخاصة بهم.

الرعاية Care

- ينبغي أن يستفيد كبار السن من رعاية وحماية الأسرة والمجتمع المحلي، وفقا لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع؛
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية لمساعدتهم على حفظ أو استعادة المستوى الأمثل من السلامة الجسمانية والذهنية والعاطفية، ولوقايتهم من المرض أو تأخير إصابتهم به؛
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية لتعزيز استقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم؛
- ينبغي تمكين كبار السن من الانتفاع بالمستويات الملائمة من الرعاية المؤسسية التي تؤمن لهم الحماية والتأهيل والحفز الاجتماعي والذهني في بيئة إنسانية ومأمونة؛
- ينبغي تمكين كبار السن من التمتع بحقوق الإنسان والحريات الأساسية عند إقامتهم في أي مأوى أو مرفق للرعاية أو العلاج، بما في ذلك الاحترام التام لكرامتهم ومعتقداتهم واحتياجاتهم وخصوصياتهم ولحقهم في اتخاذ القرارات المتصلة برعايتهم ونوعية حياتهم.

تحقيق الذات Self-fulfillment

- ينبغي تمكين كبار السن من التماس فرص التنمية الكاملة لإمكاناتهم؛
- ينبغي أن تتاح لكبار السن فرص الاستفادة من موارد المجتمع التعليمية والثقافية




والروحية والترويحية.

الكرامة Dignity

• ينبغي تمكين كبار السن من العيش في كنف الكرامة والأمن، ودون خضوع لأي استغلال أو سوء معاملة، جسديا أو ذهنيا؛

• ينبغي أن يعامل كبار السن معاملة منصفة، بصرف النظر عن عمرهم أو نوع جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو الإثنية أو كونهم معوقين أو غير ذلك، وأن يكونوا موضع التقدير بصرف النظر عن مدى مساهمتهم الاقتصادية[١] .

جهود منظمة الصحة العالمية

منظمة الصحة العالمية هي السلطة التوجيهية والتنسيقية ضمن منظومة الأمم المتحدة فيما يخص المجال الصحي. وهي مسئولة عن تأدية دور قيادي في معالجة المسائل الصحية العالمية وتصميم برنامج البحوث الصحية ووضع القواعد والمعايير وتوضيح الخيارات السياسية المسندة بالبيّنات وتوفير الدعم التقني إلى البلدان ورصد الاتجاهات الصحية وتقييمها[٣١].

إن التقدم في السن بين سكان العالم من التحديات التي تواجه العالم بما في ذلك إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية ، وهذا ما يجعل منظمة الصحة العالمية تسلط الضوء على التقدم في السن[١٠]. لقد بدأت الأنظمة الصحية الإهتمام برعاية فئة المسنين منذ الثمانينات حين أبدت منظمة الصحة العالمية إهتماماً كبيراً لصحة المسنين آخذه بعين الاعتبار التحول السكاني الذي طرأ على العالم نتيجة للتقدم العلمي والتقني والرقي بالخدمات الصحية الوقائية والعلاجية[٣١].

قسم التشيخ ودورة الحياة Department of Ageing and life course

يشجع قسم التشيخ ودورة الحياة البحوث وسياسات وممارسات تعزيز الصحة في سن الشيخوخة من خلال .

الدعوة Advocacy

• رفع الوعي بالقضايا والتحديات الناجمة عن الشيخوخة السريعة للسكان.

• التشجيع على التركيز يشكل اكبر على الفرص المرتبطة بشيخوخة السكان وزيادة احترام وإدراج قدرة رائعة من كبار السن.

• تعزيز الصحة Health Promotion

• منع السقوط

• زيادة السلوكيات الصحية مثل الأكل الصحي والنشاط البدني والامتناع عن التدخين والتغذية الجيدة للمسنين

• تحسين الاستجابة لحالات الطوارئ لكبار السن الذين تضررت موارد هم الثمينة بالمجتمع بسبب الكوارث

- التصدي لسوء معاملة المسنين

تعزيز النظم الصحية Strengthen health system

- زيادة وصول المسنين إلى الرعاية الصحية الأولية.
- تحسين نوعية الرعاية الصحية الأولية للمسنين.

البيئات المراعية للسن Age-friendly Environments

- دعم الدول الأعضاء لجعل المدن وغيرها من الأماكن أن تكون مراعية أكثر للسن.

بناء قاعدة أدلة بشان الشيخوخة لتوجيه السياسات والممارسات الجيدة Building the evidence base on ageing to inform good policy and practice

- تعزيز شبكات البحوث العالمية وتحسين الحوار بين الباحثين وصانعي السياسات وهذا يحتاج إلى العمل في كلا الاتجاهين ويصبح الباحثين أكثر اطلاعاً على الأسئلة البحثية الرئيسية التي تحتاج إلى إجابة ونتائجها تترجم أسرع إلى سياسة وإجراء[٩].

منشورات منظمة الصحة العالمية للتشيخ WHO publications on ageing

لقد أولت منظمة الصحة العالمية اهتماما كبيرا في صحة كبار السن واهتمت بصياغة الاستراتجيات والأدلة الإرشادية المبنية على توصيات ونتائج العديد من الدراسات والمؤتمرات الدولية بهذا الخصوص كما أنها أصدرت المنظمة العديد المؤلفات لتعزيز صحة المسنين تضمنت :-

- التشيخ النشط — Active Ageing
- التشيخ والتنمية — Ageing and development
- الرعاية الأولية المراعية للسن — Age-friendly primary health care
- منظور مدى الحياة للتشيخ — A life course perspective on ageing
- سوء معاملة المسنين — Elderly abuse
- الطوارئ وكبار السن — Emergencies and older people
- النوع والتشيخ — Gender and ageing
- الأمراض الغير معدية في المسنين[٣١] — Non-communicable diseases in older age

منشورات المنظمة للرعاية الصحية الأولية:-

١- نحو رعاية صحية أولية المراعية للسن - (سلسلة الشيخوخة النشطة)

Towards age-friendly primary health care - Active ageing series4

أصدرت منظمة الصحة العالمية هذا الدليل عام ٢٠٠٤م وذلك كجزء من سلسلة الشيخوخة النشطة. ويهدف مشروع « نحو رعاية صحية أولية مراعية للسن » إلى توعية وتثقيف مقدمي الرعاية الصحية الأولية حول الاحتياجات الخاصة للمراجعين كبار السن. إن «مبادئ مراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن» هي بمثابة أداة لزيادة وعي مقدمي الخدمات الصحية وتشجيع وتمكين كبار السن مراجعة مراكز




الرعاية الصحية الأولية. والرمز «الرعاية الصحية الأولية مراعية للسن» يدل على العمل في ثلاثة مجالات رئيسية:

- تحسين السلوك والتعليم والتدريب لمقدمي الرعاية الصحية ليتمكنوا من تقييم وعلاج المشاكل الصحية لكبار السن وتمكينهم من البقاء بصحة جيدة
- تكيف نظم الرعاية الصحية الأولية لتلبية احتياجات كبار السن
- جعل الوصول البدني أسهل بالنسبة لكبار السن الذين قد يكون لديهم صعوبة في التنقل والبصر والسمع.

إن شعار الممرضة المطبوع على الدليل هو رمز لجميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية وهو الشعار الذي استخدمته الأمم المتحدة للتحرك «نحو مجتمع لكل الأعمار» وهو شعار كل من السنة الدولية للأمم المتحدة في عام ١٩٩٩م وللجمعية العامة الثانية للشيخوخة للأمم المتحدة.

وبينما « الرعاية الصحية الأولية مراعية للسن» تلبي الاحتياجات الصحية الخاصة لكبار السن، فهي تفيد الناس في جميع الأعمار[4].

٢- دليل أدوات مراكز الرعاية الصحية الأولية مراعية للسن
Age-friendly PHC centres toolkit[5]

في عام ٢٠٠٨م أصدرت منظمة الصحة العالمية دليل أدوات مراكز الرعاية الصحية الأولية مراعية للسن من قبل قسم التشيّخ ودورة الحياة (Ageing and Life Course Program - ALC) تحت إشراف بروفسور الكسندر كالاتشي المدير السابق لبرنامج التشيخ ودورة الحياة.

وقد تم تبليغ العديد من المنظمات والوكالات الحكومية والغير حكومية بهذا بمجال وبأولويات هذا الدليل وقد راجعت الصيغة النهائية.

مرجعية خلفية لدليل الأدوات:

لقد أستند دليل الأدوات على مفاهيم ومبادئ منظمة الصحة العالمية في إطار سياسة التشيخ النشط التي نشرت في عام ٢٠٠٢م بمناسبة انعقاد الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة في مدريد. إن إطار سياسة التشيخ النشط يدعو صانعي السياسات والحكومات والقطاع غير الحكومي لتحسين فرص الصحة والمشاركة والأمن من أجل تحسين نوعية حياة الناس مع تقدمهم في السن.

والإطار يعترف بأن بالنشاط والتمتع بالصحة يعتمد على مجموعة متنوعة من المحددات التي تحيط الأفراد طوال حياتهم:

- الشاملة المحددات: الثقافة ونوع الجنس
- المحددات المتعلقة بنظم الخدمة الصحية والاجتماعية على سبيل المثال تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.
- محددات السلوك على سبيل المثال تعاطي التبغ وممارسة النشاط البدني.
- محددات تتعلق العوامل الشخصية على سبيل المثال العوامل البيولوجية والنفسية.
- محددات تتعلق على سبيل المثال البيئة المادية آمن الإسكان والسقوط.
- المحددات الاقتصادية على سبيل المثال الدخل والحماية الاجتماعية

هذه المحددات، والتفاعل بينهما جيدة للتنبؤ عن كيف يشيخ الأفراد بشكل جيد، وتأقلمهم مع المرض والعجز، أو البقاء مساهمين فاعلين في مجتمعهم.

وقد اعترفت منظمة الصحة العالمية (WHO) بالدور الحاسم الذي تؤديه مراكز الرعاية الصحية الأولية في صحة المسنين في جميع البلدان، والحاجة إلى سهولة الوصول لهذه المراكز وأن تتكيف مع احتياجات السكان المسنين.

وبناء على ذلك، ينبغي أن يكون لدى جميع العاملين في الرعاية الصحية الأولية دراية جيدة في التشخيص والعلاج من الأمراض المزمنة وما يسمى بعمالقة طب الشيخوخة الأربعة: فقدان الذاكرة، وسلس البول، والاكتئاب والسقوط / عدم الحركة الذي كثيرا ما تؤثر على الناس مع تقدمهم في السن.

مراحل تطور دليل الأدوات:

شملت المرحلة الأولى من المشروع على خلفية البحث في نماذج الرعاية الصحية الأولية. وتم التركيز على نقاط القوة والضعف في مهارات ومعرفة الموظفين ؛ والهيكل التنظيمي لمراكز الرعاية الصحية الأولية والممارسات الشائعة.

وبعد ذلك تم عقد مجموعات مركزية في ست دول - استراليا وكندا وكوستاريكا وجامايكا وماليزيا والفلبين. وشملت هذه المجموعات المركزية أستكشاف المسنين ومقدمي الرعاية الصحية لهم :

- حواجز الحصول على الرعاية؛
- الأنماط الحالية، ونظرة ثاقبة لما يريده كبار السن من المراكز ومقدمي الرعاية الصحية الأولية؛
- ماذا يعتقد الممارسون بالنسبة لقضايا ومشاكل الرعاية الصحية الأولية للمسنين.
- إن نتائج المجموعات المركزية مدعومة بالبحث المرجعي واجتماع توافق آراء الخبراء أدت إلى إنشاء مجموعة مبادئ مراعية للسن. وقد تم تصميم هذه المبادئ ليسترشد بها في تغير بنية مراكز الرعاية الصحية الأولية لتناسب بشكل أفضل احتياجات المرضى كبار السن. إن المبادئ المراعية للسن موجهه لثلاثة مجالات هي:
- المعلومات والتثقيف والاتصال والتدريب،
- نظم تدبر الرعاية الصحية ، و بنية مركز الرعاية الصحية الأولية.

وقد شملت المرحلة الثانية والأخيرة إنشاء دليل الأدوات من خلال تحديد أدوات علمية سليمة (Identifying scientifically sound tools) تساعد مراكز الرعاية الصحية الأولية، وبالتالي العاملين الصحيين في تطبيق المبادئ المراعية للسن.

أهداف دليل الأدوات:

- تحسين إستجابة الرعاية الصحية الأولية لكبار السن.
- توعية وتثقيف مقدمي الرعاية الصحية الأولية حول الاحتياجات الخاصة للمراجعين كبار السن.
- مساعدة العاملين في الرعاية الصحية الأولية في كيفية استخدام أدوات / وسائل رعاية صحة المسنين الواردة في دليل الأدوات.

- رفع الوعي العاملين في الرعاية الصحية الأولية لتراكم الإعاقة – كل من الصغيرة والكبيرة – التي يعاني منها كبار السن.
- توفير دليل حول كيفية جعل إجراءات التدبر في الرعاية الصحية الأولية الرعاية الصحية أكثر استجابة لاحتياجات كبار السن.
- توفير دليل حول كيفية إجراء عملية تدقيق بيئي لاختبار ملائمة مراكز الرعاية الصحية الأولية لتكون مراعية للسن.

الطرق:

يضم دليل الأدوات عدداً من الأدوات (استمارات تقييم وشرائح ورسومات ورسوم بيانية وجداول نطاق وأدلة البلدان وأوراق فحص وأدوات الفرز وبطاقات وقوائم تذكيرية... الخ) التي يمكن استخدامها من قبل مقدمي الرعاية الصحية الأولية لتقييم صحة كبار السن. وكانت عمالقة الشيخوخة الأربعة هي محور إنشاء دليل الأدوات. وقد أجريت مراجعة للبحوث في مجال الوسائل لهذه المواضيع الأربعة، وتمت الاستشارة حول موثوقية وصلاحية الأسئلة الشائعة في جميع الوسائل.

وبعد ذلك تم اختبار الأدوات من قبل الدول الخمس التي شاركت في المشروع: البرازيل وكوستاريكا وجامايكا وسنغافورة وتركيا. وتم استخدام توصياتهم لتعديل الأدوات. وقد نفذت عدة جولات من الاختبارات والتعديلات.

إن دليل الأدوات يتضمن خرائط تصف الخطوات التي يجب اتباعها لكل أداة، وهي تسمح للبلدان لتضمن إجراءات محددة خاصة لوضعهم.

خلال دليل الأدوات فأن البلدان تُشجع لاستخدام الأدلة والبروتوكولات الوطنية الخاصة بها. وكمثال على ذلك فقد تم ضم دليلين لجامايكيا:

١. دليل تدبر ارتفاع ضغط الدم،

٢. دليل تدبر مرض السكري.

وقد تم توزيع مسودة الأدوات بين المشاركين في المشروع في عام ٢٠٠٥ ونوقشت في جلستين والمزيد من التوصيات من هذه الاجتماعات أدى إلى إحداث تغيرات. وبعد ذلك خضعت الأدوات لاختبار مسبق في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الدول الخمس المشاركة. وتمت مناقشة هذه النتائج في الاجتماع الثالث واختبارها مرة أخرى في العيادات وعدل مرة أخرى. أثناء فترة الاختبار ترجمت البرازيل وكوستاريكا الأدوات المدرجة في دليل الأدوات إلى اللغة البرتغالية والاسبانية على التوالي وكيفية المادة وفقا لحالة بلدهم الخاصة.

إن دليل الأدوات هو نتيجة خمس سنوات من العمل التعاوني (اجتماعات ومناقشات والعمل الميداني) بين قسم التشيخ ودورة الحياة وخبراء التقنية بالرعاية الصحية الأولية والبلدان.

تاريخ المراجعة

من المتوقع أن التوصيات الواردة في دليل الأدوات أن تظل سارية المفعول حتى يونيو ٢٠١١م. وقسم التشيخ ودورة الحياة في مقر منظمة الصحة العالمية في جنيف سيكون مسئولاً عن إجراء مراجعة الدليل في ذلك الوقت.





منشورات منظمة الصحة العالمية في «التشيخ النشط» :

١- إطار سياسة التشيخ النشط في ٢٠٠٢م كمساهمة للمنظمة بالاجتماع الثاني للأمم المتحدة في مدريد عام ٢٠٠٢م[٢].

٢- إستراتيجية التشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط : ٢٠٠٦-٢٠١٥ في عام ٢٠٠٦م[٣].

إطار سياسة التشيخ النشط Active Ageing: A Policy Framework - 2002[2]

كان إطار سياسة التشيخ النشط في ٢٠٠٢م مساهمة للمنظمة بالاجتماع الثاني للأمم المتحدة في مدريد عام ٢٠٠٢م[٢]

شيخوخة السكان تطرح أسئلة أساسية كثيرة لصانعي السياسات. كيف يمكننا مساعدة الناس لا تزال مستقلة ونشطة مع تقدمهم في السن؟ كيف يمكننا تقوية وتعزيز الصحة وسياسات الوقاية، وخصوصا تلك الموجهة إلى كبار السن؟ كما يعيش الناس أطول، وكيف يمكن تحسين نوعية الحياة في سن الشيخوخة؟ هل ستسبب أعداد كبيرة من كبار الناس إفلاس رعايتنا الصحية ونظم الضمان الاجتماعي؟ كيف نوازن بين دور الأسرة والدولة عندما يتعلق الأمر برعاية للأشخاص الذين يحتاجون المساعدة عندما يكبرون في السن؟ كيف ندعم الدور الكبير الذي تضطلع به الأسرة؟ كيف ندعم من تقدمت بهم السن في رعاية الأخرين؟

تم تصميم هذه الورقة لمعالجة هذه المسائل وغيرها من الاهتمامات حول السكان الشيخوخة. ويستهدف صانعي القرار السياسي على جميع المستويات، والقطاع غير الحكومي والقطاع الخاص، كل منهم مسئول عن صياغة السياسات و البرامج المتعلقة بالشيخوخة. وهي تقترب الصحة من منظور واسع، ويعترف الحقيقة التي لا يمكن إلا أن تنشأ الصحة واستدامتها من خلال مشاركة متعددة القطاعات. ذلك يشير إلى أن مقدمي الرعاية الصحية والمهنيين يجب أن تأخذ زمام المبادرة إذا ما أردنا أن تحقيق الهدف الذي صحية ويبقى كبار السن مورد للمجتمعات المحلية، وأسرهم والاقتصادات، كما جاء في إعلان برازيليا لمنظمة الصحة العالمية للشيخوخة والصحة في عام ١٩٩٦.

- الجزء ١ ويصف النمو السريع في جميع أنحاء العالم من السكان فوق سن الـ ٦٠، خصوصا في البلدان النامية.
- الجزء ٢ يستكشف مفهوم ومبرر «الشيخوخة النشطة» كهدف للسياسة و برنامج صياغة.
- الجزء ٣ يلخص الأدلة حول العوامل التي تحدد ما إذا كان والأفراد والسكان تتمتع بجودة إيجابية للحياة مع تقدمهم في السن.
- الجزء ٤ يناقش سبعة تحديات أساسية مرتبطة بشيخوخة السكان بالنسبة للحكومات، وغير الحكومية، والقطاعين الأكاديمي والخاص.
- الجزء ٥ يوفر إطارا لسياسة نشطة الاقتراحات الشيخوخة وملموسة من أجل مقترحات سياسية رئيسية. وتهدف هذه لتكون بمثابة الأساس للتنمية
- من أكثر خطوات عمل محددة على المستويات الإقليمية والوطنية والمحلية بما





يتمشى مع خطة العمل التي اعتمدتها الجمعية العامة لعام ٢٠٠٢ المتحدة العالمية الثانية للشيخوخة الأمم.

إستراتيجية التشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط : ٢٠٠٦-٢٠١٥ في عام ٢٠٠٧م[٣]

تشيخ السكان أي زيادة عدد المسنين هو ظاهرة عالمية شملت كل بلدان العالم بما فيها بلدان إقليم شرق المتوسط. وقد ادرك المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية الحاجة لتطوير برامج مناسبة لجماهير المسنين المتنامية منذ اواسط الثمانينات. إن كل بلد من بلدان الأعضاء لإقليم شرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية يواجه تحدي تشيخ السكان مع وجود اختلافات صغيرة في مقدار وسرعة السير وهناك حاجة عاجلة لمراجعة السياسة الوطنية لرعاية المسنين.

خلفية مرجعية للإستراتيجية :

لقد قبل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية تحدي توجيه البلدان الأعضاء في عملية رعاية جماهير المسنين منذ ثمانينيات القرن الماضي وتم إعداد الإستراتيجية الإقليمية الأولى للرعاية الصحية للمسنين في عام ١٩٩٤م حيث غطت فترة عشر سنوات ١٩٩٢-٢٠٠١م. وبعد عقد من الزمن تمت مراجعة تنفيذ الإستراتيجية الإقليمية في حلقة عملية بلدانية حول حفظ صحة المسنين في إقليم شرق المتوسط عقدت في بيروت في ابريل ٢٠٠١م.

في الدورة الخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٣م تم تحديث الإستراتيجية الإقليمية الأولى للرعاية الصحية للمسنين ١٩٩٢-٢٠٠١م وذلك في قرار اللجنة الإقليمية رقم R.50EM/RC/10. ومن ثم تم اعتماد مسودة الإستراتيجية الجديدة في المشاورة الإقليمية التي عقدت في البحرين في أبريل ٢٠٠٥م حول التشيخ النشط وتعزيز صحة المسنين في إقليم شرق المتوسط.

تحدد إستراتيجية التشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط : ٢٠٠٦-٢٠١٥ الإتجاهات الإستراتيجية للبلدان الأعضاء، كما ترسم دور المكتب الإقليمي في دعم البلدان الأعضاء لتحقيق الأغراض الموضوعة.

إطار مفهومي للإستراتيجية الإقليمية لفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥

يستند الإطار المفاهيمي لهذه الأستراتيجية إلى الورقة التي تم عرضها في الدورة الخمسين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في أكتوبر ٢٠٠٣م حيث ينبغي بناء على خطة العمل الخاصة بالرعاية الصحية للمسنين على ثلاثة مبادئ رئيسية:-

١. مشاركة المسنين في عمليات التنمية.
٢. استمرارية الصحة والمعافاة مع المسنين.
٣. تأمين بيئة ممكنة وداعمة.

اتجاهات الإستراتيجية الإقليمية لفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥

تستمد هذه الإستراتيجية تفويضها من الدورة الخمسين للجنة الإقليمية في أكتوبر ٢٠٠٣م التي صاغت ستة إتجاهات إستراتيجية رئيسية للرعاية الصحية للمسنين :-





١. مراجعة مستمرة وتحديث للإستراتيجية الإقليمية.
٢. تأسيس قاعدة معطيات حديثة والمحافظة عليها من أجل صنع قرارات معنية بالرعاية الشاملة للمسنين على مستوى البلد.
٣. إنشاء شبكات إقليمية ووطنية متعددة الفروع بين الوكالات والمنظمات والمعاهد الأكاديمية والأفراد ممن يهتمون بصحة المسنين.
٤. تضمن الرعاية الصحية للمسنين في نظام الرعاية الصحية الأولية وفي مناهج تدريب العالمين بالرعاية الصحية الأولية والرعاية المجتمعية.
٥. تزويد المسنين وعائلاتهم والمجتمع ككل بالمعارف والمهارات الملائمة واللازمة من أجل الرعاية الذاتية وحفظ الصحة وتعزيزها.
٦. دعم البحوث والتدريب في مجال صحة المسنين والرعاية المجتمعية[٣].

خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢

تم في بيروت في ٨ فبراير ٢٠٠٢م عقد اجتماع اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (اسكوا) الوزاري الإقليمي التحضيري لمؤتمر الأمم المتحدة للمسنين الثاني بمدريد في ابريل ٢٠٠٢م وتم اعتماد خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢ [٤٤].

الجهود الإقليمية لرعاية صحة المسنين

لقد استهل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية برامج الرعاية الصحية للمسنين خلال الثنائية ١٩٨٨-١٩٨٩م ومنذ ذلك الحين تم القيام بعدة أنشطة تعاونية من قبل المنظمة والبلدان الأعضاء، تضمنت مسوحات بلدانية ومسوحات سريعة بواسطة الاستبيان وحلقات عملية واجتماعات بلدانية ومشاورات إقليمية وتأسيس الهيئة الاستشارية الإقليمية وإنشاء دليل العاملين بالرعاية الصحية الأولية وتأسيس مكاتب الاتصال في وزارات الصحة للبلدان الأعضاء وصياغة السياسات الوطنية وتأسيس لجان التنسيق الوطنية[٣].

وقد لفت المكتب الإقليمي لشرق الأوسط إنتباه دول الإقليم إلى الزيادة في العمر بين سكان الإقليم والحاجة إلى تطوير خدمات رعاية صحية واجتماعية ملائمة للمسنين. ووجه المكتب البلدان الأعضاء في عملية رعاية جماهير المسنين منذ ثمانينات القرن الماضي وتم إعداد الإستراتيجية الإقليمية الأولى للرعاية الصحية للمسنين في عام ١٩٩٤م حيث غطت فترة عشرة سنوات من عام ١٩٩٢م حتى عام ٢٠٠١م وبعد عقد من الزمن تمت مراجعة تنفيذ الإستراتيجية الإقليمية في حلقة عملية بلدانية حول حقوق المسنين في إقليم شرق المتوسط عقدت في بيروت بلبنان في ابريل ٢٠٠١م. وتم اقتراح توصية من اجل إعداد إستراتيجية جديدة لعقد أخر وفي جلستها الخمسين اعتمدت الجنة الإقليمية لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية القرار رقم (R50EM//10 RC) الذي طلب تحديث الإستراتيجية لرعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط. لذا فقد تم تحضير مسودة الإستراتيجية الجديدة وعرضت للمداولة في المشاورة الإقليمية التي عقدت في المنامة بالبحرين في ابريل ٢٠٠٥م حول التشيخ النشط وتعزيز صحة المسنين في إقليم شرق المتوسط وتم اعتماد مسودة الإستراتيجية بعد إدخال ملاحظات

ومقترحات ممثلي البلدان الأعضاء بالإقليم والمنظمات غير الحكومية الدولية والخبراء الدوليين. وتحدد إستراتيجية التشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط ٢٠٠٦-٢٠١٥ الاتجاهات الإستراتيجية للبلدان الأعضاء وترسم دور المكتب الإقليمي في دعم البلدان الأعضاء لتحقيق الأغراض الموضوعة لمواجهة تحديات تشيخ السكان[٣٣].

الإستراتيجية الخليجية لرعاية المسنين

تم استعراض الإستراتيجية الخليجية لرعاية المسنين[٤٩] في دول مجلس التعاون الخليجي من خلال الندوة الخليجية لرعاية المسنين والتي انعقدت في الكويت خلال ديسمبر ٢٠٠٧م وذلك بعد مراجعة الاستراتيجيات المتوفرة في دول المجلس مثل البحرين والكويت والإسترشاد ببعض الإستراتيجيات الإقليمية والدولية الأخرى مثل الإستراتيجية الإقليمية للمسنين[٣] وإستراتيجية منظمة الصحة العالمية بعنوان (نحو رعاية صحية مراعية للسن)[٤].

الأهداف الإستراتيجية:

١ - تعزيز الصحة والرفاه ووضع سياسات لحماية صحة المسنين وتعزيز الخدمات الصحية لتلبية احتياجات المسن.

٢ - تأهيل المسنين ذوي الاحتياجات الخاصة ومساعدتهم للاحتفاظ بقدراتهم الوظيفية طوال حياتهم.

٣ - التنسيق مع الجهات ذات العلاقة لتهيئة البيئة الملائمة للمسنين وتأمين السكن ووسائل النقل.

٤ - الاعتراف بالمساهمات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لكبار السن والاستثمار الأمثل لقدرتهم.

٥ - تعزيز النظرة الايجابية للشيخوخة ودعم دور الأسرة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص في مجال رعاية المسنين، بما يضمن التواصل بين الأجيال.

٦ - التنسيق مع الجهات المعنية لوضع قوانين وتشريعات حماية حقوق المسنين ومكافحة سوء المعاملة

٧ - تحقيق المشاركة الايجابية لمنظمات المجتمع المدني في العمل مع كبار السن ومن اجلهم[٥٠].

الجهود المحلية لرعاية صحة المسنين:

أسس رعاية المسنين فى المملكة العربية السعودية

من بين القيم الأساسية في إقليم شرق المتوسط الذي يشمل المجتمعات العربية والخليجية قيم البر بالوالدين والأجداد والإحسان عموما إلى كبار السن[٥]. وأسس رعاية المسنين في مملكتنا الغالية أسس قوية دعائمها مبادئ الإسلام الأصيلة. وقد حفظ الإسلام حقوق المسنين كما هو موضح أعلاه.

وتتعدد الجهود الحالية المبذولة ومظاهر رعاية كبار السن في المملكة العربية السعودية وتأخذ أشكالاً عدة وذلك لتقديم رعاية شاملة ومتكاملة تلبي كافة احتياجات المسنين





الصحية والنفسية والإجتماعية والإقتصادية وتوفرها عدة جهات معنية برعاية المسنين. وتشمل هذه الجهات القطاع الحكومي ممثلا بوزارة الصحة ووزارة الشئوون الاجتماعية والقطاع الغير حكومي ممثلا بالجمعيات والمؤسسات الخيرية.

أولاً: جهود وزارة الصحة:

برنامج رعاية صحة المسنين

تحتاج الزيادة المتوقعة في عدد المسنين ضمن سكان المملكة للاستعداد ووضع الخطط والإستراتيجيات لرعايتهم الصحية والاجتماعية والنفسية. وأعدت الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية دليل رعاية المسنين في الرعاية الصحية الأولية في عام ١٤٢١هـ/٢٠٠٠م[٢١] وتم الشروع في تطبيق برنامج رعايةصحة المسنين في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

تفعيل برنامج رعاية المسنين

تمشياً مع التوجهات العالمية والإقليمية والحاجة المحلية فقد وجه معالي وزير الصحة حفظه الله في عام ١٤٣١هـ/٢٠١٠م بتفعيل برنامج رعاية المسنين وتنفيذاً لتوجيهات معاليه فقد أعدت الإدارة العامة للمراكز الصحية برنامج رعاية المسنين بمراكز الرعاية الصحية الأولية المبني على الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠-٢٠١٥)[١٣] التي أعدتها الإدارة وحظيت بموافقة وزير الصحة بتاريخ ١٤٣١/٢/١هـ الموافق ٢٠١٠/١/١٦م.

الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين (٢٠١٠-٢٠١٥م)

الرؤية:

مجتمع سعودي متطور يضم بين جنباته مسنين معافين ونشطين.

الرسالة:

تقديم خدمات صحية شاملة متكاملة مستمرة محدثة ومتطورة للمسنين من خلال المنشآت الصحية وبمشاركة فاعلة من المجتمع والأسرة والمسنين أنفسهم وبتعاون وتنسيق بناء مع الجهات ذات العلاقة.

الهدف الاستراتيجي العام:

تحسين نوعية حياة المسنين عن طريق تقديم خدمات صحية شاملة متكاملة عالية الجودة (علاجية ووقائية وتأهيلية) في المنشآت الصحية بوزارة الصحة والجهات الأخرى ذات العلاقة.

الأهداف الإستراتيجية الخاصة:

- الهدف الأول: تقديم الدعم للإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين.
- الهدف الثاني: تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة عالية الجودة للمسنين.
- الهدف الثالث: تأهيل الكوادر الصحية لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمسنين.





- الهدف الرابع: تقوية الشراكة بين المهتمين بصحة المسنين.
- الهدف الخامس: توفير البيانات والمعلومات المحدثة لصانعي القرار ومقدمي الخدمة والمهتمين بصحة المسنين.
- الهدف السادس: تنشيط وتفعيل دور المسنين في المجتمع.
- الهدف السابع: تعزيز النظرة الايجابية للشيخوخة في المجتمع والأسرة والمسنين أنفسهم[١٣].

إطار الإستراتيجية:

تم وضع الإستراتيجية الوطنية لرعاية المسنين اعتمادا على إستراتيجية المكتب التنفيذي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية باسم «إستراتيجية التشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط (٢٠٠٦-٢٠١٥)[٣] وكذلك تعديلا على الخطة الإستراتيجية السعودية المنبثقة من مقترح الخطة الإستراتيجية الخليجية للرعاية الصحية الأولية (٢٠٠٨م – ٢٠١٨م)[١٩] حيث تمت مناقشة الإستراتيجية الوطنية من خلال اللجنة الوطنية لصحة المسنين بوزارة الصحة في اجتماعها الثالث خلال أكتوبر ٢٠٠٩م إضافة إلى انه تم مناقشة الإستراتيجية الوطنية للمسنين ضمن مقترح الإستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية الأولية لعام ١٤٣١هـ/ ٢٠١٠م[٢٠].

أنشطة تنفيذ الأهداف الإستراتيجية

الأنشطة المحققة للهدف الاستراتيجي الأول:

١ - توفير الدعم والتأييد للإستراتيجية الوطنية لرعاية صحة المسنين.
٢ - تشكيل اللجنة الوطنية لصحة المسنين.
٣ - وضع الاستراتيجيات وصياغة السياسات.
٤ - تحديد المهام وتوصيف الأدوار للإدارة العامة للمراكز الصحية بالتنسيق مع الإدارات الفنية المختلفة بوزارة الصحة والمعنية بصحة المسنين.

الأنشطة المحققة للهدف الاستراتيجي الثاني:

١ - مراجعة التصاميم والمواصفات المعمارية الداخلية والخارجية المطلوبة لخدمة المسنين لمراكز الرعاية الصحية الأولية.
٢ - توصيف خدمة رعاية صحة المسنين:

- توفير كادر صحي مدرب في طب الشيخوخة المراكز الصحية.
- إعداد دليل الإجراءات والسياسات الخاصة بخدمات المسنين[٥٦].
- تجهيز العيادات بالأدوات والأجهزة الطبية اللازمة.
- مراعاة التصميم والتأثيث الغير طبي ليتناسب مع المسنين.
- توفير الأدوية والمستحضرات الحيوية اللازمة لصحة المسنين.
- تجهيز عيادات المسنين بالأدوات المساعدة (مثل كراسي متحركة).
- وضع معايير خاصة بالخدمات الصحية المقدمة للمسنين.

٣ - إعداد السجلات الصحية اللازمة لتسجيل ومتابعة المسنين
٤ - إعداد تقارير وإحصائيات شهرية عن وضع صحة المسنين.
٥ - استمرارية وتطوير جودة الأداء.

الأنشطة المحققة للهدف الاستراتيجي الثالث:

١. التدريب المستمر للعاملين في الحقل على تقديم رعاية صحية للمسنين.
٢. وضع دليل العمل لمقدمي رعاية صحية للمسنين.

الأنشطة المحققة للهدف الاستراتيجي الهدف الرابع:

- التنسيق والتعاون مع مختلف الجهات الحكومية والغير حكومية المعنية بصحة المسنين.
- تكوين روابط وطنية للمهنيين الصحيين القائمين على رعاية صحة المسنين.
- تقوية التعاون مع الدول المجاورة ودول إقليم شرق المتوسط من خلال التنسيق مع المكتب الإقليمي والمنظمات الغير حكومية مثل « الهيئة الدولية لمساعدة المسنين» والمنظمات الدولية والدولية لداء الزهايمر وأكاديمية الشرق الأوسط لطب الشيخوخة.
- الأنشطة المحققة للهدف الاستراتيجي الهدف الخامس:
- تأسيس وتطوير نظام المعلومات والرصد للظواهر الصحية للمسنين.
- إنشاء قاعدة بيانات خاصة برعايةصحة المسنين: وذلك من خلال المصادر:
- المصادر الأولية الناتجة عن المسوح والدراسات.
- المصادر الثانوية من خلال سجلات المراكز الصحية والمستشفيات.

٣. إصدار دليل إحصائي سنوي عن صحة المسنين.
٤. عمل بطاقة صحية للمسنين : وذلك لمساعدتهم والقائمين على علاجهم ومتابعتهم حيثما يكونون داخل أو خارج البلاد.
٥. وضع آليات مناسبة للمتابعة والإشراف والتقييم.

الأنشطة المحققة للهدف الاستراتيجي الهدف السادس:

١. للمسن نفسه دور في التهيؤ لمرحلة الشيخوخة وتخفيف حدت الأعراض المصاحبة لها قال صلى الله عليه واله وسلم (خذ من شبابك لهرمك ومن صحتك لمرضك). وهذا يعني أن يعد المرء العدة المناسبة ليعيش صحيحاً معافى في الكبر بأن يحافظ على صحته في شبابه ويرعاها ويجنبها ما يضرها من عادات مذمومة كالتدخين وتعاطي الخمر وسائر أشكال الإدمان، وان يحافظ على نشاطه بمداومة الحركة المفيدة-كالمداومة على الصلاة في المساجد وممارسة الرياضة وإحداث التوازن المنشود بين أوقات العمل والراحة بحيث لا يركن إلى الكسل والاسترخاء أغلب الوقت ولا يهلك جسده في عمل متواصل وإجهاد دائم وأن يتحرى التغذية الجيدة التي تمد جسمه بما يحتاج دون إفراط أو نقصان.
٢. إنشاء منتدى لصحة المسنين:

- إن تفعيل وتنشيط دور المسنين في المجتمع يحتاج إلى تكوين أندية للمسنين على

مستوى المناطق بالتنسيق مع الجهات المعنية وخاصة التقاعد ووزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية. ويتم فيها عقد ندوات للمسنين أنفسهم وذويهم حول المشاكل التي قد يتعرض لها المسنين صحيا واجتماعيا واقتصادياً ونفسياً مع مناقشة المشاكل الخاصة بكل فرد منهم. على أن يتم إنشاء منتدى واحد لكل منطقة ومحافظة وتكون عضويته متاحة لكل من بلغ الستين سنة في منطقة عمل المنتدى وذلك بإشراف المركز الصحي لتلك المنطقة.

٣. الإحتفال بـ «يوم العالمي للمسنين» بالمملكة وهو الأول من أكتوبر كل عام.

الأنشطة المحققة للهدف الاستراتيجي الهدف السابع:

١. وضع برنامج تثقيفي للمجتمع عن صحة المسنين.
٢. ندوات توعية في المدارس والجامعات المساجد.
٣. حملات إعلامية في وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية.
٤. عمل دليل التعامل مع المسنين يوجه للمسنين وعائلاتهم.
٥. حث المنظمات الدولية للاضطلاع بمهامها والتدخل السريع لحماية وضمان حقوق الإنسان
٦. التوعية والتعريف بمضمون إعلان الأمم المتحدة بشأن النساء والأطفال إثناء الطوارئ والمنازعات المسلحة (١٩٧٤).
٧. تفعيل دور جمعيات حقوق الإنسان المحلية والعربية والدولية في ملاحقة ومقاضاة مجرمي الحرب الذين يرتكبون الفظائع بحق المدنيين ومنهم المسنين.
٨. تلبية الاحتياجات الأساسية للمسنين المتأثرين بحالات الحصار أو الحروب.
٩. إعطاء الأولوية للمسنين في خطط الإغاثة وتأمين الخدمات والسلع لهم [٢٠].

اللجنة الوطنية لصحة المسنين

لقد تم تشكيل اللجنة الوطنية لصحة المسنين بناءا على قرار سعادة وكيل الوزارة للشئون التنفيذية رقم٦٩٠٠٧/٢٥ بتاريخ ١٤٢٩/٨/١٨هـ وبالتشكيل المعدل بالقرار رقم ٢٥/٣٩٦٠٢ بتاريخ ١٤٣٠/٥/٢٥هـ.

مهام اللجنة الوطنية لصحة المسنين

١. تحليل الوضع الراهن لخدمات صحة المسنين وتحديد احتياجات المسنين من الخدمات ذات العلاقة بصحتهم.
٢. بناء قاعدة معلومات مستمرة وإعداد التقارير عن الوضع الصحي للمسنين.
٣. إعداد دليل وطني عن صحة المسنين.
٤. وضع برنامج وطني لتأهيل القوى العاملة في تقديم الرعاية الشاملة للمسنين.
٥. الإشراف على تنفيذ البرامج الموجهة لرعاية صحةالمسنين.
٦. التنسيق والمشاركة مع الجهات ذات العلاقة والمهتمة إقليمياً وعالمياً ومحلياً.
٧. اقتراح وتنفيذ البحوث والدراسات الصحية والاجتماعية والنفسية للمسنين.
٨. المشاركة وتنظيم المؤتمرات الوطنية و الإقليمية و الدولية لصحة المسنين.





٩. وضع الإستراتيجية الوطنية وتحديد السياسات المتعلقة برعاية صحة المسنين.
١٠. ما يستجد من أعمال[١٣].

برنامج الطب المنزلي بوزارة الصحة

في ظل الحرص الدائم من حكومة خادم الحرمين الشريفين الملك عبد الله بن عبد العزيز أل سعود حفظه الله للنهوض بالخدمات المقدمة للفرد والأسرة والمجتمع على جميع الأصعدة إلى أرقى المستويات تبنت وزارة الصحة خدمة جديدة هي الطب المنزلي (المسمى سابقاً برنامج الرعاية الصحية المنزلية) .

تأسس برنامج الطب المنزلي بقرار معالي الوزير وذلك بتاريخ ١٤٣٠/٤/٣هـ و يهدف البرنامج إلى تقديم رعاية صحية شامله (علاجيه و وقائية وتأهيلية وتوعيه) للمريض في مكان إقامته من خلال فريق طبي مؤهل ينطلق من المستشفى وفق برنامج زيارات محدد حسب حاجة المريض.

يوفر برنامج الطب المنزلي رعاية صحية و متابعة مستمرة و شاملة للمرضى الذين لا يستطيعون الوصول للمنشات الصحية في أماكن إقامتهم من خلال فريق صحي مدرب وبتنسيق مستمر مع الجهة الصحية المعالجة لتكون جزءا مكملاً للرعاية الصحية التي قدمت للمرضى بتلك الجهة و لا يمكن لهم الوصول إليها مع استمرار حاجتهم لرعاية طبية تمريضية وذلك داخل نظام متكامل للرعاية الصحية و ذلك من خلال فريق عمل يتكون من طبيب و طاقم تمريضي و فني علاج طبيعي و أخصائي اجتماعي ومثقف صحي.

ويقوم فريق العمل بتقييم الحالة الصحية لكل مريض بشكل كامل قبل خروجه من المستشفى للوقوف على وضعه الصحي والاجتماعي والتأكد من سلامة البيئة في المنزل وقدرة العائلة على توفير مناخ ملائم لرعاية المريض في مكان إقامته.

رسالة برنامج الطب المنزلي:

تقديم أجود أنواع الرعاية الصحية الشاملة والمستمرة للمريض في مكان إقامته في إطار القيم الإسلامية والعادات والتقاليد.

الهدف العام:

تقديم الخدمة الصحية للمريض بالمعايير الطبية التي تحددها الخدمات التي يمكن تقديمها بالمنزل وبتعاون وثيق بين الطبيب والتمريض وأخصائي العلاج الطبيعي والأخصائي الاجتماعي والمثقف الصحي طبقا لخصائص الحالة الصحية للمريض وبسياسات وإجراءات موثقة بحيث يمكن لجميع مقدمي الخدمة توفير جميع النظم التي تضمن رضاء المريض و أسرته.

الفئات التي تقدم لها الرعاية الصحية المنزلية:

١ - رعاية المرضى بعد العمليات الجراحية.

٢ - رعاية تلطيفية لمرضى السرطان والحالات الميئوس منها.
٣ - رعاية المرضى بعد حوادث السيارات و إصابات الرأس
٤ - رعاية الصحة العقلية.
٥ - رعاية إعادة التأهيل والعلاج الطبيعي.
٦ - رعاية مرضى الحالات المزمنة .
٧ - العناية بالمرضى طريحي الفراش اللذين يعانون من قرح فراش.
٨ - رعاية مرضى مشاكل الجهاز التنفسي.
٩ - إرشاد جرحى السكري.
١٠ - الخدمات الاجتماعية.

الخدمات المقدمة تشمل التالي:

١. تقييم الحالة الصحية لكل مريض بشكل كامل في منازلهم لتقدير الحالة وقبولها.
٢. مساعدة المرضى على استعادة عافيتهم وصحتهم بشكل أفضل.
٣. تعزيز شعور المرضى بالأمان والراحة والدعم وحصولهم على الرعاية في محيط العائلة دون الحاجة للتواجد في المستشفى أو المركز الصحي.
٤. السيطرة على العدوى التي ممكن أن تحدث أثناء تواجدهم في المستشفى.
٥. الحد من الدخول إلى المستشفى لمرضى الأمراض المزمنة.
٦. التكامل مع الرعاية التي يقدمها أفراد العائلة و المحافظة على كرامة المرضى
٧. واستقلاليتهم.
٨. العناية للمريض بعد العمليات الجراحية والخروج من المستشفى.
٩. العناية بالمرضى قاعدي الفراش و الذين يعانون من قرح الفراش.
١٠. رعاية للمرضى بعد خروجهم من العناية المركزة.
١١. تقديم الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان و الحالات الميئوس من شفاءهم
١٢. التحكم في آلامهم.
١٣. إرشادات التغذية للأطفال وكبار السن وتوجيه الأسرة لعمل الوجبات المناسبة.
١٤. تقديم الدعم والتوعية للمرضى ومقدمي الرعاية للعائلة بهدف المحافظة على صحة المريض.
١٥. توفير اللوازم و المعدات الطبية وفقاً للاحتياج وفي الصورة أمثلة على بعض هذه اللوازم[٥٠].

الدراسة الوطنية لصحة المسنين - ٢٠٠٩م

الهدف:

التعرف على الأمراض الشائعة بين كبار السن السعوديين ومدى تلبية النظام الصحي الحالي لإحتياجاتهم الحالية والمستقبلية ووضع التوصيات اللازمة لضمان توفر نظام صحي ملائم لهم في المملكة.

طرق البحث:





كانت الدراسة دراسة مقطعية بصورة مسح صحي على المستوى الوطني بعد إجراء دراسة استكشافية. تم اختيار عينة عنقودية شكلت فيها منطقة خدمات المركز الصحي وحدة العينة. تم مراجعة الملفات الصحية العائلية داخل المركز الصحي المختار حيث تم إعداد قائمة بالمسنين السعوديين فوق ٦٠ سنة وأختير ٣١ منهم أولهم عشوائيا والبقية بالتتابع. قام فريق البحث الميداني بزيارة المسن في المنزل حيث تم تعبئة استبيان عن الحالة الصحية الجسمانية والذهنية والاجتماعية والبيئية للمسن وقياس النشاط البدني والعقلي له. كما تم جمع عينات دم وبول وبراز لتحليلها معمليا.

نتائج الدراسة:

١ - شارك في هذا المسح الصحي ٢٩٥٠ مسنا .

٢ - متوسط الأعمار ٧٠,٨ + ٨,٣ عام .

٣ - ٢٣,٦٪ أرامل أو لم يسبق لهم الزواج .

٤ - ٦٥,٩٪ أميون .

٥ - قائمة المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين:-

أ - الآم المفاصل (٦٥,١٪).

ب - فرط ضغط الدم (٥٠,٢ ٪).

ج - السكري (٤٧,١٪) .

د - حدوث السقطات (١٨,٧٪).

ه - عدم التحكم في البول (١٦,٦٪).

و - الاكتئاب (١٦، ٧٪) .

ز -مشاكل الإدراك (١٨، ٢٪).

ح - مشاكل الإبصار والعمى (٤١، ١٪).

ط -مشاكل السمع (٢١، ٠٪).

٦- يعانى كل مسن من ٢,٦ مشاكل صحية في المتوسط.

٧- ٨٤٪ من المسنين يتناولون أدوية حاليا .

٨- ٦٨، ٤٪ من المسنين يعتبرون أن صحتهم جيدة.

٩- ٣، ٣٪ فقط يعيشون بمفردهم.

١٠- يشارك ٣٦٪ في الأنشطة الترفيهية.

١١- يتلقى ٩,٧٪ من المسنين علاج طبيعي.

١٢- متوسط الزيارات لمراكز الرعاية الصحية الأولية ١٠، ٨ زيارات في السنة.

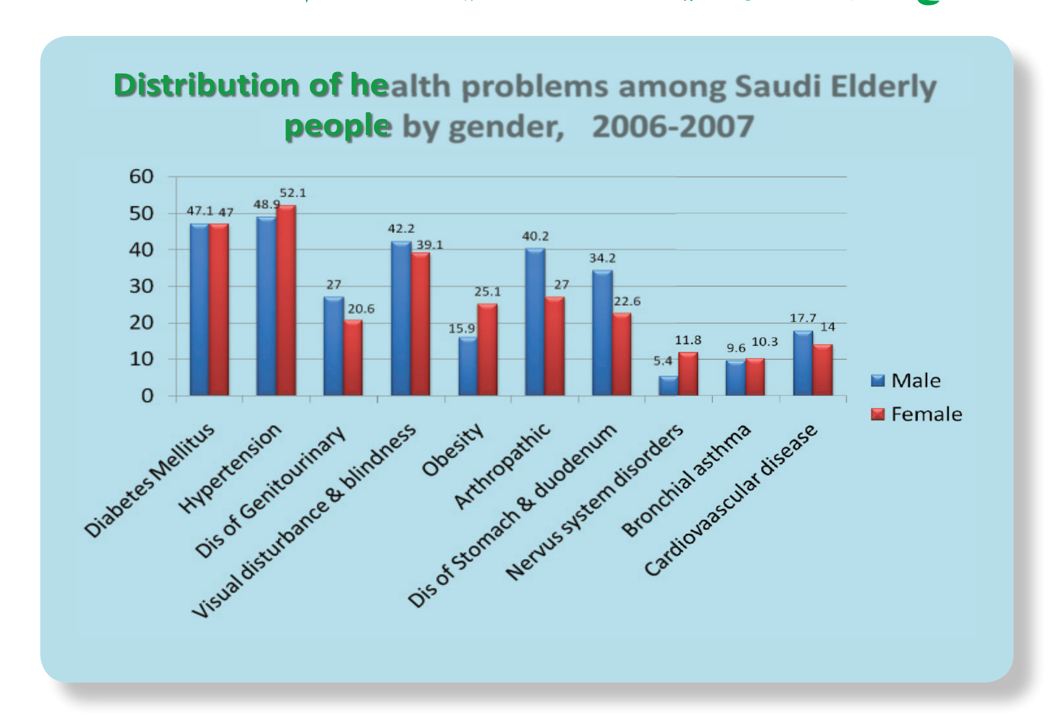




١٣- أدخل المستشفيات ١٦، ٣٪ من المسنين خلال العام الماضي ٩٠٪ منهم لأسباب طبية.

ويلخص (شكل ٢٢) المشاكل الصحية للمسنين السعوديين الذكور والإناث المشمولين في هذه الدراسة [٢٢].

شكل ٢٣: نتائج الدراسة الوطنية لصحة المسنين – ٢٠٠٩م[٢٢]



ميثاق الرياض: توصيات الندوة الخليجية لرعاية المسنين ٢٠٠٩م

انعقدت هذه الندوة في مدينة الرياض في الفترة من ٢١-٢٢ ربيع الأول ١٤٣٠هـ الموافق ١٧-١٨ مارس ٢٠٠٩. وقد خرجت توصياتها تحت مسمى «ميثاق الرياض لرعاية المسنين» وشملت هذه توصيات ما يلي:

١ - إنشاء لجنة وطنية لرعاية خليجية لها المهام التالية:

أ- إنشاء قاعدة بيانات.

ب- إنشاء إستراتيجية وطنية مبنية على الأدلة.

ج- تحديث السياسات الوطنية حول صحة المسنين.

د - المساهمة في إعداد الاتفاقية العالمية لحقوق المسنين.

هـ - تقديم المشورة باستخدام المنهجيات الحديثة.

٢ - تفعيل المبادرات العالمية.

٣ - تحسين التكامل بين القطاعات والوزارات المختلفة.

٤ - تشجيع منظمات ومؤسسات المجتمع المدني.

٥ - العمل على تحقيق هدف «مراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن».

٦ - تمكين مقدمي الرعاية للمسنين في الأسرة والمجتمع.

٧ - تبنى السياسات المعززة للصحة للارتقاء برعاية المسنين صحياً واجتماعياً ونفسياً .

٨ - بناء القدرات الوطنية في مجال طب الشيخوخة.

٩ - إجراء الدراسات والبحوث التي تساعد على الإعداد الجيد للخطط الوطنية.

١٠ - تنظيم الحملات التوعوية لإتاحة المعارف والمهارات للقائمين على رعاية المسنين من أفراد الأسرة وغيرهم.

١١ - تأسيس إطار قانوني لتعزيز التشريعات والقوانين لحماية المسنين[٢٥].

ثانيا :رعاية المسنين بوزارة الشؤون الاجتماعية

دور الرعاية الاجتماعية للمسنين

تقدم دور الرعاية الاجتماعية خدمات لرعاية المسنين حيث تستقبل هذه الدور كبار السن الذين أعجزتهم الشيخوخة عن العمل أو الذين يعجزون عن القيام بشؤون أنفسهم أو المرضى الذين بلغوا ٦٠عاماً من المصابين بعجز بدني أو عقلي أفقدهم القدرة على العمل أو رعاية أنفسهم بشرط خلوهم من الأمراض المعدية أو الأمراض العقلية، ومن أهم شروط القبول بتلك الدور عدم وجود أقارب يمكن أن يعتنوا بتلك الفئات.

وتوجد حالياً عشر دور لرعاية المسنين والمسنات موزعة على أرجاء المملكة في كل من (الرياض للذكور والرياض للإناث وعنيزة ووادي الدواسر والدمام والجوف والمدينة المنورة وأبها ومكة المكرمة والطائف).

برنامج الرعاية المنزلية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية

يهدف هذا البرنامج إلى رعاية المسن داخل أسرته وتقدم له الرعاية الطبية حسب الحاجة حيث يزوره فريق طبي من الوزارة بين فترة وأخرى حسب الجدول الذي يضعه الفريق وحسب حالة المسن، وهذا الفريق مكون من طبيب وممرض أو ممرضة وطبيب نفسي أو أخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وأخصائي علاج طبيعي.

الجمعيات الخيرية

لقد تطورت خدمات الجمعيات الخيرية من مجرد تقديم المساعدات المالية إلى توفير الخدمات المباشرة التي تساعد الأفراد على الاعتماد على النفس من خلال تنمية مهاراتهم عن طريق التعليم والتأهيل . ويستفيد من ذلك قطاع كبير من كبار السن والأرامل والمطلقات وغيرهم من المحتاجين[٢٦] .

الإدارة العامة للخدمات الطبية

تقدم الخدمات والرعاية الصحية الوقائية والعلاجية. والتأهيلية للمقيمين في الدور والمؤسسات

الاجتماعية متضمناً المسنين.

ثالثاً: جهود الجهات الأخرى المهتمة برعاية صحة المسنين

١ - مركز الأمير سلمان الاجتماعي فى الرياض:

مؤسسة اجتماعية تكون ذات قيمة عالية في خدماتها وبرامجها،هو مشروع متفرد لرعاية المسنين وهو نادي ثقافي اجتماعي رياضي يقدم خدمات متميزة تحت مضلة خيرية ويهتم المركز بإجراء الدراسات والبحوث في مجال رعاية الكبار في المملكة وتمويل تلك البحوث ونشرها وتوزيعها. ويعمل المركز على تنمية وسائل وأساليب خدمة المسنين وتقبل اقتراحاتهم وشكواه[٥٢].

٢ - مدينة سلطان بن عبدالعزيز للخدمات الإنسانية في الرياض

مدينة سلطان بن عبدالعزيز للخدمات الإنسانية هي إحدى مشروعات مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود الخيرية وهي مركز تأهيلي طبي يشمل ٤٠٠ سرير ، وافتتحت المدينة رسمياً في ٣٠ أكتوبر ٢٠٠٢م ، وتقديم المدينة أفضل أنواع الرعاية التأهيلية التخصصية والشاملة للمرضى والمعوقين - بما في ذلك المسنين- المنومين والغير منومين[٥٣].

٣ - كرسي أبحاث تطوير الرعاية الصحية للمسنين في جامعة الملك سعود

تم بتاريخ ١٤٣٢/١/٧هـ تدشين كرسي أبحاث تطوير الرعاية الصحية للمسنين في كلية العلوم الطبية التطبيقية بجامعة الملك سعود بالرياض وتتركز رؤية الكرسي في أن يكون في مجال الرعاية الصحية للمسنين لما فيه خير للبشرية. وتتمحور رسالته في أن يكون كرسي أبحاث تطوير الرعاية الصحية للمسنين متميزا وله دور كبير في تحسين صحة ونوعية الحياة لدى فئة كبار السن من سكان المملكة العربية السعودية من أجل التنمية الوطنية وإنشاء قنوات اتصال مع المراكز البحثية المختصة في أبحاث صحة المسنين حول العالم . ويهدف الكرسي إلى عمل البحوث والمسوحات الوبائية في مجال الرعاية الصحية والتغذوية الوقائية لفئة المسنين والمساهمة في تحسين الرعاية الصحية الأولية وتدريب العاملين في مجال رعاية صحة المسنين والتوعية والتثقيف الصحي للمجتمع للحد من انتشار الأمراض المزمنة وتقليل مضاعفاتها والإعاقة لدى كبار السن[٥٤].





الملاحق

ملحق ١

رأي مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط (EMRO) في الطبعة الأولى من « الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية»

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

بسم الله الرحمن الرحيم



WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale

9 أيـار/مايـو 2013
29 من جمادى الآخر 1434

HSG.5/4

سعادة الأخ الكريم الدكتور عصام عبدالله الغامدي، حفظه الله،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد، فيسعدنا إبلاغكم بأنّ الوحدة التقنية المعنية ببرنامج صحة المسنين في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط، قد قامَت بمراجعة **"الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية"** الذي تم إعداده من قِبَل **الدكتورة الفاضلة ميسون بنت محمد العامود، بإشرافكم شخصياً، ووجدَتْ فيه مرجعاً متميزاً** للعاملين في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمسنّين في المملكة العربية السعودية، التي نعتزّ بدورها الريادي في توفير كل ما يلزم للاهتمام بمختلف الجوانب الصحية والاجتماعية لهذه الشريحة الاجتماعية الموقّرة. كما نسجّل رأينا بأنه **يُعتبَر إنجازاً علمياً رصيناً يغني المراجع المتخصصة النادرة في هذا المجال بحيث يمكن الاستفادة منه سواء في دول مجلس التعاون أم في دول الإقليم الناطقة بالعربية.**

ولاحظنا بارتياح أسماء القامات العلمية والإدارية من كبار المسؤولين في وزارة الصحة الذين رصّعوا هذا الدليل بكلماتهم التمهيدية، وفي مقدّمتهم معالي وزير الصحة الدكتور عبد الله بن عبد العزيز الربيعة، وسعادة وكيل الوزارة للصحة العامة، الدكتور زياد بن أحمد ميمش، وسعادة الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية، الدكتور محمد بن عمر باسليمان، وسعادتكم بوصفكم المدير العام للإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية، بالإضافة إلى مجموعة متميزة من الخبراء والمختصين الذين ساهموا بخبراتهم الغنية في مراجعة فصوله وموادّه.

ومن النقاط الإيجابية التي تمّ تسجيلها ما يلي:

- إعداد الدليل باللغة العربية، وذلك بالاستناد إلى أحدث المعلومات والوثائق المرجعية والاستراتيجيات الوطنية والخليجية والإقليمية والعالمية بما فيها تلك العائدة لمنظمة الصحة العالمية، وخاصةً تلك المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية والتشيُّخ والصحة، مع تحديد واضح للرؤية والرسالة والأهداف العامة والخاصة والمبررات والمهام والإجراءات، مما يوفّر إطاراً موحّداً لتنفيذ البرنامج المعني برعاية المسنين في الرعاية الصحية الأولية في كل مناطق المملكة.

../.

سعادة الدكتور عصام عبدالله الغامدي
مدير عام الإدارة العامة لشؤون المراكز
والبرامج الصحية
وزارة الصحة
الرياض
المملكة العربية السعودية

P.O. Box 7608, NASR CITY (11371) CAIRO - EGYPT ص. ب. 7608 منظمة الصحة العالمية مدينة نصر (11371) القاهرة - جمهورية مصر العربية
Tel. : (202) 2670 25 35 E-Mail/Courier Electronique: postmaster@emro.who.int البريد الإلكتروني FAX: (202) 2670 24 92/94 فاكس
www.emro.who.int

- 2 -

سعادة الدكتور عصام عبدالله الغامدي
الرياض
HSG.5/4

- التأكيد على دور الفريق الصحي المؤهَّل والمتعدد التخصصات في تأمين أفضل الأداء لتلبية احتياجات المسنّين الصحية، والنفسية، والاجتماعية، بشكل شامل ومتكامل، من خلال اتّباع نهج علمي منظَّم مبني على البراهين، واستخدام أدوات ومعايير قياسية موصَى بها من قِبَل الجهات العلمية الوطنية المختصة والمهتمة بصحة المسنّين.
- التأكيد على توفير الرعاية المشترَكَة بين المراكز الصحية والجهات الأخرى ذات العلاقة بصحة المسنّين (المستشفيات، والطب المنزلي، والطب التلطيفي، والشؤون الاجتماعية، ومراكز التأهيل... الخ) ضمن الأهداف الخاصة للبرنامج. والسعي لإنشاء أو تفعيل مكاتب التنسيق مع الرعاية الصحية الأولية في المستشفيات.
- تحديد مستويات تنفيذ البرنامج والمهمّات الخاصة بكل مستوى، وبناء الخطة التنفيذية لبرنامج رعاية المسنّين وفقاً للاستراتيجية الوطنية 2006-2015، وتحديد ثلاث مراحل للتنفيذ بما يشمل الإعداد، والتطبيق، والمرحلة المستقبلية.
- تحديد محاور واضحة لتقديم الرعاية المتكاملة والشاملة للمسنّين في مراكز الرعاية الصحية الأولية والإجراءات الخاصة بذلك. والتفصيل في أنواع الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية المطلوبة والممكنة، وتصميم الملفات الخاصة بذلك.

ومن النقاط التي نَرَى وجوب تدقيقها ما يلي:

- ضرورة تحديد إطار زمني لمراحل التنفيذ (الإعداد، التطبيق، والمرحلة المستقبلية) لتوفير أكبر قَدْر من الالتزام، وضرورة إعداد مؤشّرات واضحة خاصة بذلك.
- إغناء البيانات الإحصائية الخاصة بالمسنّين وتقسيماتها حسب الجنس، خاصة وأن نسبة الإناث في شريحة المسنّين هي عادةً ما تكون أعلى، مما يجعل الاهتمام بالقضايا الصحية للمرأة المسنّة مسألة واجبة الأخذ بعين الاعتبار.
- بعض الجداول مذكورة باللغة الإنكليزية فقط؛ مثلاً الجزء الثاني بواسطة الطبيب (حبذا لو كانت ثنائية اللغة كمثيلاتها).
- رغم تفهُّمنا لاستخدام مصطلح "الصديقة للمسنّين" في ترجمة المصطلح الإنكليزي (Age-friendly) إلاّ أنّ المصطلح المعتَمَد في منظمة الصحة العالمية هو "المراعية للسن" لتجنُّب التمييز العمري وضمان الاتجاه نحو مجتمعات وخدمات صحية تعزيزية، وقائية، علاجية، وتأهيلية لكل الأعمار عبر مساق الحياة، خاصةً أننا لا ندعو لإنشاء مراكز صحية خاصة بالمسنّين لوحدهم.
- ضرورة تصحيح بعض الأخطاء اللغوية والطباعية والخاصة بالترجمة على النحو التالي:
    - تكرر ذكر كلمة الرعاية في عنوان الفصل الثاني حيث نقترح حذفها لتصبح على النحو التالي (الفصل الثاني: الرعاية الصحية الأولية والشيخوخة).
    - تصحيح كلمة "إقليماً" في عنوان الفصل الخامس ليصبح (الفصل الخامس: الجهود المبذولة لرعاية صحة المسنين عالمياً و**إقليمياً** ومحلياً).

../.





- 3 -

سعادة الدكتور عصام عبدالله الغامدي
الرياض

HSG.5/4

وفي الختام نغتنم هذه الفرصة لنتوجه بجزيل الشكر مرة أخرى لكل من ساهم في إعداد وإصدار هذا الدليل الهـــام، ونأملٍ أن يُستفاد منه في تنفيذ المهام وتدريب العاملين ونَشْر الثقافة المراعية للسن في ممارسة الرعاية الصحية الأوليـــة. ونؤكّد لكم من جديد حرصنا على تقوية العلاقات مع إدارتكم ومن خلالكم مع برنامج رعاية المسّنين الذي نتطلّـــع لدعمه، والاستفادة أيضاً من خبرات العاملين فيه على صعيد دول مجلس التعاون وباقي دول الإقليم.

وتفضلوا بقبول وافر التقدير والاحترام،،،

الدكتورة هيفاء ماضي
مديرة حفظ الصحة وتعزيزها

ملحق ٢

رأي مكتب منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط (EMRO) فى « الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين فى المملكة العربية السعودية ٢٠١٠ -٢٠١٥م»

<from:ARNAOUT, Dr Said RA/HSG <ARNAOUTS@emro.who.int
<to:«drmamoud@gmail.com» <drmamoud@gmail.com
cc:«EMR: HSG Health of Special Groups (Elderly, workers, school)» <<HSG@emro.who.int
date:Sun, May 12, 2013

سعادة الأخت الدكتورة/ ميسون محمد العامود حفظها الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.... وبعد،
فيسرني الإشارة إلى استلامي مع الشكر نسخة إلكترونية من الاستراتيجية الوطنية لصحة المسنين. وعند الاطلاع عليها وجدت فيها وثيقة شاملة، أعدت بعناية، واستندت في روحها ونصها إلى مراجع حديثة هامة وطنية وإقليمية وعالمية. وأود إغتنام هذه الفرصة لأهنئكم على هذا الجهد الطيب.
وفيما يتعلق برأينا في الدليل فلقد تم إعداد الكتاب الخاص بذلك، وهوقيد التوقيع من قبل الدكتورة هيفاء ماضي، مديرة حفظ الصحة وتعزيزها.
في كل الأحوال نقدر عالياً التقدم الكبير الحاصل في المملكة فيما يتعلق بالتوجه الاستراتيجي لوزارة الصحة والشركاء الوطنيين الآخرين.

مع خالص الاحترام والتقدير....
د. سعيد





المراجع

1. United Nation, Department of Economic and Social Affairs - Economic and Social Council -, Social policy and development division. UN program on Ageing. social.un.org/index/Ageing.aspx. Access date2/11/2011.

2. World Health Organization. Ageing and Life Course. Active Ageing: A Policy Framework. WHO/NMH/NPH/02.8. 2002.

3. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية. إستراتيجية التشيخ النشط ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط (2006-2015). 2007. WHO-EM/HSG/030/A.

4.World Health Organization. Towards Age-friendly Primary Health Care. 2004.

5. World Health Organization. Age-friendly Primary Health Care Centers toolkit. 2008. ISBN 978 92 4 159648 0.

6. Merck manual – Online version. Health Care Professionals. Evaluation of elderly patient www.merckmanuals.com/professional/. Accessed 10l4l2013.

7. Miller, K.E, Zylstra R.G. and Standridge J.B. The Geriatric Patient: A Systematic Approach to Maintaining Health . American Family Physician 2000:61:1089104.

8. The U.S. Preventive Services Task Force Grade of definition. Strength of recommendations. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/ratings.htm.

9. The Guide to Clinical Preventive Services 2010 – 2011 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. pocketgd1011. Agency for Healthcare Research and Quality Publication No. 1005145-, September 2010 www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm.

10. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu SP, Lessig M. Improving identification of cognitive impairment in primary care. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2006;21(4):349–355.

11. مصلحة الإحصاءات العامة و المعلومات - ملامح رئيسية التعداد العام للسكان و المساكن لعام 1425هـ (2004) - وزارة الاقتصاد و التخطيط - www.cdsi.gov.sa.

12. World Health Organization, Ageing and Life Course. Perth framework for age-friendly community-based primary health care. www.who.int/entity/ageing/.../perth/en/index.htm.

13. الإستراتيجية الوطنية لصحة المسنين 2010-2015م. د/عصام الغامدي ود/محمد طنطاوي ود/ميسون العامود – الإدارة العامة لشؤون المراكز و البرامج الصحية بوزارة الصحة.

14. Kenni D.C.. Preventive care for elderly people. Cambridge university press. . First published 1993. Transferred to digital printing 2004.

15. Gray L.C., Newbury J.W.. Health assessments of elderly patients. Australian Family Physician, 2004; 33 (10):769864.

16. منظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط 2009: التقرير السنوي للمدير الإقليمي 1 كانون الثاني/يناير — 31 كانون الأول/ديسمبر 2008. ISBN: 978-92-9021-677-3.




17. Geriatric Assessment Tools. Iowa Geriatric Education Center. www.medicine.uiowa.edu/igec/tools/ .

18. Elsawy B and Higgins K.The Geriatric Assessment. American Family Physician. 2011 Jan 1;83(1):4856-.

19. الإستراتيجية الخليجية للرعاية الصحية الأولية 2008م – 2018م.

20. الخطة الإستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية الأولية لوزارة الصحة – 1431 هـ.

21. دليل رعاية المسنين في الرعاية الصحية الأولية . د/ توفيق خوجة و د/ محمد باسليمان، الطبعة الأولى 1421 هـ/ 2000م.

22. الدراسة الوطنية لصحة المسنين -2009 د/سليمان الشمري و د/توفيق خوجة و \د/محمد باسليمان و د/ عبدالله البداح و د/ عشري جاد و د/محمد حسين.

23. ميثاق الرياض - توصيات الندوة الخليجية لرعاية المسنين المنعقدة بالرياض في 21-22 ربيع الأول 1430 هـ الموافق 17-18 مارس 2009.

24. Dr Borson S. Mini-Cog™.

جميع حقوق الاستخدام لفحص Mini-Cog™ محفوظة للمؤلف (Dr Borson S) ومستخدم في وزارة الصحة السعودية بتصريح منها.

25. Stein C. and Moritz I. A life course perspective of maintaining independence in older age. World Health Organization - Geneva,1999. WHO/HSC/AHE/99.2.

26. Pelaez, M. and Rice, M. Primary Health Care and Aging: Edited Proceedings of the Consultative Group Meeting on Geriatric Training in Primary Health Care Pan American Health Organization (PAHO/WHO). Californian Journal of Health Promotion 2004; 2(3): 99108-.

27. Frame, P. S. Preventive Care for the Elderly: Getting By in the Absence of Evidence. American Family Physician. April 1999.

28. Department of Health. Hong Kong Special Administrative Region of China. Promoting Health in Hong Kong, A Strategic Frame work for Prevention and Control of Non-communicable Diseases. www.dh.gov.hk/english/.../ENG%20whole%20DOC%201610–08.pdf.

29. منظمة الصحة العالمية - ملاحظات افتتاحية في المنتدى العالمي للشبكة العالمية لمكافحة الأمراض غير السارية جنيف، سويسرا 24 شباط/فبراير 2010 www.who.int/mediacentre/news/notes/.../index.html.

30. Pharmacy Health links, Pharmacy meets public health, The broad determinants of health.. Pharmacymeetspublichealth.org.uk.

31. WHO, , Ageing and Life Course Department , Our World is Ageing www.who.int/ageing/en

32. Eldemire-Shearer, D. Ageing: the response yesterday, today and tomorrow. West Indian Med J 2008; 57 (6): 577588.

33. Kalache, A. Active ageing makes the difference. Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (4):299 (Editorial)

34. Inouye et al. Geriatrics syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. Journal of American Geriatrics Society 55:780791,2007-

35. Gallo J.J. , Bogner H. R., Fulmer T and Paveza G.J. Handbook of Geriatric Assessment. Fourth Edition , 2006.

36. Ebell, M. Brief Screening Instruments for Dementia in Primary Care. American Family Physician, 2009 Mar 15;79(6):497500.

37. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care:A review of the use, efficacy and quality of measures. Int Psychogeriatr. 2008 Oct;20(5):911.26.

38. Wieland D, and Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment . Cancer Control. Nov/Der 2003: 10 (6): 545462.

39. Gavrilov L.A., Heuveline P.. Aging of population. The Encyclopedia of Population. New York, Macmillan Reference USA, 2003. longevity-science.org/Population_Aging.htm.

40. Balducci L., Management of Cancer in the Elderly. ONCOLOGY.:20 (2) February 2006.

41. United Nations,2002, World Population Ageing 19502050-, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York. ST/ESA/SER.A/207. www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/.

42. World Population: 19502050-. U.S. Bureu.IBD. World poulation.www.census.gov/ipc/.

43. Kevin K. and He W. . U.S. CENSUS BUREAU. International Population Reports An Aging World: 2008. June 2009. U.S. Washington, DC, 2009P951-09/. www.census.gov/prod/2009pubs/p951-09-.pdf.

44. لجنة الامم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا - خطة العمل العربية للمسنين حتى عام 2012 www.escwa.un.org/popin/docs/ArabPlanofActionAgeing2012Arb.pdf.

45. منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. www.emro.who.int.

46. وزارة الصحة. الإدارة العامة للإحصاء والمعلومات - الكتاب الإحصائي السنوي لعام 1431هـ-2010م www.moh.gov.sa.

47. Nationmaster-Categories. Age distribution - Saudi Arabia- Middle East. ww.nationmaster.com/statistics.

48. ما آثار طعون سكان العالم في السن على الصحة العمومية؟ - منظمة الصحة العالمية - سؤال وجواب 29 سبتمبر 2006 www.who.int/features/qa/42/ar/index.html.

49. الإستراتيجية الخليجية للرعاية المسنين – الكويت 2007م.

50. برنامج الطب المنزلي – البوابة الالكترونية لوزارة الصحة www.moh.gov.sa.

51. وزارة الشؤون الاجتماعية – أنشطة وخدمات رعاية المسنين – الموقع الالكتروني mosa.gov.sa/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=10.

52. مركز الأمير سلمان الاجتماعي – الموقع الالكتروني mas-pssc.com.





53. مدينة سلطان بن عبدالعزيز للخدمات الإنسانية – الموقع الالكتروني www.humanitariancity.org.sa.

54. كرسي الابحاث رسالة الجامعة - rs.ksu.edu.sa/26989.html.

55. Brodaty H, Low LF, Gibson L, Burns K. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? Am J Geriatr Psychiatry. 2006 May;14(5):391400-).

56. الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية - سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للرعاية الصحية الأولية - وزارة الصحة - 1434 هـ/2013م.

57. Salzman B. Gait and Balance Disorders in Older Adults. Am Fam Physician. 2010;82(1):6168-.

58. Merck manual – Online version . Health Care Professionals. Evaluation of neurological patient . www.merckmanuals.com/professional/. Accessed 22l10l2013.

59. موجز عالمي بخصوص يوم الصحة العالمي-2012 منظمة الصحة العالمية 2012 - رقم الوثيقة: WHO /DCO/WHD / 2012.2

60. Holsinger T, Plassman BL, Stechuchak KM, Burke JR, Coffman CJ, Williams JW Jr. Screening for cognitive impairment: comparing the performance of four instruments in primary care. J Am Geriatr Soc. 2012 Jun;60(6):102736-.

61. د/ميسون العامود - التقرير السنوي الأول لبرنامج رعاية المسنين للعام 1433 هـ-م2012م– الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية بوزارة الصحة .